Deutscher Bundestag **Drucksache 18/11205**

18. Wahlperiode 15.02.2017

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 18/10186 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

b) zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/8399 –

Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken - Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/10247 –

Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

d) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/10252 –

Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben

e) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/3155 –

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten

A. Problem

Zu Buchstabe a

Nach Feststellung der Bundesregierung verändern und erweitern sich durch den demografischen und gesellschaftlichen Wandel nicht nur die Krankheitsbilder und damit die Ziele der Gesundheitsversorgung. Prävention, die Verhinderung des Voranschreitens chronischer Beschwerden, der Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Alltagskompetenzen sowie Hilfen für ein selbstbestimmte Leben bei chronischer Erkrankung oder Behinderung erhielten zunehmend mehr Gewicht.

Vor diesem Hintergrund gewinne die Heil- und Hilfsmittelversorgung und insbesondere die Qualität der Hilfsmittel größere Bedeutung. Es würden daher Regelungen wie eine Flexibilisierung der Preisfindung bei Heilmitteln sowie eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen zur Gewährleistung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung benötigt, um diese zu stärken.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, dass die Datenlage zur Versorgung durch Heilmittelerbringer, über die regionale Verteilung, den Tätigkeitsort, die Versorgungsschwerpunkte oder die Einkommenssituation von Heilmittelerbringern nicht ausreichend sei.

Für eine bessere Versorgungsplanung und ein transparentes, auskömmliches Vergütungssystem werde eine solide Datenbasis benötigt. Die Bundesregierung müsse deshalb eine entsprechende Studie beauftragen sowie eine Arbeitsgruppe zum Thema einrichten.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller bedeutet eine patientenorientierte Versorgung u. a. eine optimale Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Vor diesem Hintergrund seien die Regelungen des HHVG nicht ausreichend. Es fehle ein hinreichender Ausbau der Kompetenzen der Heilmittelerbringerinnerinnen und -erbringer.

Deshalb müsse die sogenannte Blankoverordnung in die Regelversorgung übernommen und zügig die Voraussetzungen für Modellvorhaben zur Erprobung eines Direktzugangs im Heilmittelbereich geschaffen werden.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller stellen fest, obwohl der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen ermöglichen solle, gebe es nach wie vor von den Krankenkassen nicht beeinflussbare Über- und Unterdeckungen bei unterschiedlichen Versichertengruppen, was den Wettbewerb verzerre. Der Morbi-RSA müsse deshalb auf Basis der neuesten Erkenntnisse reformiert werden.

Da die letzte Evaluation des Morbi-RSA aus dem Jahr 2011 stamme und auf Daten aus dem Jahr 2009 basiere, sei auch unter Zuhilfenahme bislang nicht berücksichtigter Daten eine erneute Evaluation erforderlich, um den Morbi-RSA weiterentwickeln zu können.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller bemängeln, dass die praktische Umsetzung zahlreicher gesetzlicher Regelungen zugunsten einer steigenden Zahl von Menschen mit Behinderungen starke Probleme bereite. Die gesetzlichen Regelungen liefen oft ins Leere, da häufig untergesetzliche Vorgaben andere Zwecke als Heilung oder Pflege verfolgten und sich Krankenkassen und Leistungserbringer über die Finanzierung und Durchführung uneinig seien.

Es bedürfe daher in zahlreichen Bereichen u. a. einer Überprüfung der gesetzlichen Regelungen und eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung. Das betreffe insbesondere auch den Bereich der Hilfs- und Heilmittel.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/10186 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/8399 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe c

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/10247 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/10252 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe e

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/3155 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b, c, d und e

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Das Gesetz führt zu folgenden jährlichen Mehrausgaben der GKV:

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrbelastungen für die GKV verbunden, die sich mittelfristig auf die Verbesserung der Qualität der Heil- und Hilfsmittelversorgung auswirken werden und auch zu Einsparungen führen, die im Einzelnen nicht valide quantifiziert werden können.

Vorbehaltlich der Einschätzung, dass die mit den Maßnahmen dieses Gesetzes verbundenen Be- und Entlastungen für die GKV aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen und schwer prognostizierbarer Verhandlungsergebnisse der Vertragspartner nicht näher quantifizierbar sind, könnte die jährliche Mehrbelastung der GKV durch die Maßnahmen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung bei voller Jahreswirkung einen unteren bis mittleren dreistelligen Millionenbetrag erreichen.

Finanzielle Auswirkungen einer Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des G-BA im Hinblick auf die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden hängen von den jeweiligen Festlegungen der gemeinsamen Selbstverwaltung und vom künftigen Verordnungs- und Vertragsgeschehen ab und sind derzeit nicht quantifizierbar. Mehrausgaben können im Übrigen Minderausgaben aufgrund einer verbesserten Wundversorgung gegenüberstehen. Das betrifft etwa die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und langwieriger Versorgungen chronischer oder schwer heilender Wunden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Regelungen zur Definition der Verbandmittel dienen der Produktabgrenzung bei der Erstattung in der GKV. Wenngleich die Herstellung von Rechtssicherheit Hauptziel der Regelungen ist, war in der Vergangenheit im Bereich der Verbandmittel für „moderne Wundversorgungsmittel“ eine erhebliche Kostensteigerung zu verzeichnen. Es ist davon auszugehen, dass diese Dynamik durch die Regelungen abgeschwächt wird.

Die Regelung zur Refinanzierung des finanziellen Aufwandes der Patientenbeteiligung führt zu einer Mehrbelastung von schätzungsweise insgesamt 50 000 Euro pro Jahr. Die Mehrbelastung trifft die Landesverbände der Krankenkassen sowie die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften und den G-BA.

Zu den Buchstaben b, c, d und e

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Keiner.

Zu den Buchstaben b, c, d und e

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Den Leistungserbringern in der Hilfsmittelversorgung entsteht durch die erweiterten Beratungs-, Dokumentations- und Informationspflichten gegenüber Versicherten und Krankenkassen ein für den einzelnen Leistungs- oder Meldefall jeweils geringer Erfüllungsaufwand.

Den Leistungserbringern entsteht durch Nachweispflichten zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ein für den Einzelfall geringer Erfüllungsaufwand, dessen Umfang vom ermittelten Anpassungsbedarf abhängt, der wiederum von der nicht konkret vorhersehbaren Fortentwicklung medizinischer und therapeutischer sowie normativer, qualitativer und technischer Standards und der Markt- und Angebotsentwicklung im Hilfsmittelbereich sowie den künftigen Regelungen in der Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes abhängt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Den Herstellern entsteht durch die erweiterten Informations- und Nachweispflichten gegenüber Versicherten und Krankenkassen ein für den einzelnen Leistungs- bzw. Meldefall jeweils geringer Erfüllungsaufwand, der im Rahmen des bestehenden Versichertenkontakts des Leistungserbringers bzw. in den bestehenden Abrechnungswegen mit den Krankenkassen bürokratiearm umgesetzt werden kann.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu den Buchstaben b, c, d und e

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Dem GKV-Spitzenverband entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch erstmalige Umstellungen, die Abgabe von Rahmenempfehlungen, die befristete Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses und den Erlass einer entsprechenden Verfahrensordnung sowie für die Erarbeitung einer Richtlinie zum Schutz der Sozialdaten von Versicherten.

Hinzu kommt ein wiederkehrender geringer Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und die dabei notwendige Festlegung von Anforderungen an die Hilfsmittelversorgung. Das Gesetz konkretisiert im Wesentlichen die bereits bestehende Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes zur bedarfsgerechten Anpassung des Hilfsmittelverzeichnisses.

Für die Krankenkassen entsteht durch die Verpflichtung, die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Leistungserbringer zu überwachen, ein wiederkehrender Erfüllungsaufwand in geringer Höhe. Das Gesetz konkretisiert im Wesentlichen die bereits bestehende Aufgabe der Krankenkassen zur Kontrolle der Leistungserbringer im Rahmen der Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung.

Zu den Buchstaben b, c, d und e

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu den Buchstaben b, c, d und e

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

b) den Antrag auf Drucksache 18/8399 abzulehnen;

c) den Antrag auf Drucksache 18/10247 abzulehnen;

d) den Antrag auf Drucksache 18/10252 abzulehnen;

e) Den Antrag auf Drucksache 18/3155 abzulehnen.

Berlin, den 15. Februar 2017

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

Martina Stamm-Fibich
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
– Drucksache 18/10186 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung	**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung**
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)	**(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1937) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1937) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0a. § 5 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „oder Unterhaltsgeld“ gestrichen und werden die Wörter „ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats“ durch die Wörter „wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder“ ersetzt.
	b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet.“
	0b. § 24i Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes endet, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren.“
1. Nach § 31 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	1. Nach § 31 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis zwölf Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3 Absatz 1 dieses Gesetzes] erbracht wurden.“	„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten **von oberflächengeschädigten Körperteilen** aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis zwölf Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3 Absatz 1 dieses Gesetzes] erbracht wurden.“
2. § 33 wird wie folgt geändert:	2. § 33 wird wie folgt geändert:
a) *In* Absatz 1 *Satz 4 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter „zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen* wie*“ eingefügt.*	a) Absatz 1 **wird** wie **folgt geändert:**
	aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	den dort genannten Produktgruppen erfasst sind.“
	bb) Im neuen Satz 5 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter „zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie“ eingefügt.
	b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie
	1. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder
	2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus
	aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.“
	c) Nach Absatz 5a wird folgender Absatz 5b eingefügt:
	„(5b) Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenen Personal zu prüfen. Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.“
b) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:	**d**) u n v e r ä n d e r t
„Im Falle des § 127 Absatz 1 Satz 4 können die Versicherten einen der Leistungserbringer frei auswählen.“	
	2a. In § 36 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Den“ das Wort „maßgeblichen“ und nach

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „auf Bundesebene“ eingefügt.
3. Dem § 37 wird folgender Absatz 7 angefügt:	3. Dem § 37 wird folgender Absatz 7 angefügt:
„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.“	„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 **unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote** das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.“
4. Nach § 64c wird folgender § 64d eingefügt:	4. Nach § 64c wird folgender § 64d eingefügt:
„§ 64d	„§ 64d
Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung	Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung
(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbänden auf Landesebene zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer die Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 3 zu vereinbaren. Dabei kann ein Modellvorhaben auch auf mehrere Länder erstreckt werden. In den Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die Heilmittelerbringer auf der Grundlage einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. In der Vereinbarung nach Satz 1 ist die mit dem Modellvorhaben verbundene höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen und auf die Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer, zu berücksichtigen. Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.	(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbänden auf Landesebene zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer die Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 3 zu vereinbaren. Dabei kann ein Modellvorhaben auch auf mehrere Länder erstreckt werden. In den Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die Heilmittelerbringer auf der Grundlage einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. In der Vereinbarung nach Satz 1 ist die mit dem Modellvorhaben verbundene höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen und auf die Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer, zu berücksichtigen. Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. **§ 211a gilt entsprechend.**
(2) Voraussetzung für die Teilnahme der Heilmittelerbringer ist, dass sie	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. nach § 124 Absatz 2 zur Versorgung zugelassen sind,	
2. auf Grund ihrer Ausbildung über die notwendige Qualifikation verfügen und gegebenenfalls weitere von den Vertragspartnern nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Qualifikationsanforderungen erfüllen und	
3. ihre Tätigkeit nicht als selbständige Heilkunde ausüben.	
(3) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens drei Jahre zu befristen. § 65 gilt entsprechend. § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 bleibt unberührt.“	(3) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens drei Jahre zu befristen. § 65 gilt entsprechend. § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 bleibt unberührt**.**
	(4) Im Übrigen gilt für Heilmittel, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, dass auch ihre Anwendung bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 2 sein kann.“
	4a. Dem § 66 wird folgender Satz angefügt:
	„Die Unterstützung der Krankenkassen nach Satz 1 kann insbesondere die Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen. Die auf Grundlage der Einwilligung des Versicherten bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Versicherten bei Behandlungsfehlern verwendet werden.“
	4b. Dem § 71 Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Die Sätze 1 bis 7 gelten auch für Verträge nach § 140a Absatz 1 Satz 3. Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dürfen keine Vorschläge in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	für den Vertragspartner beinhalten. Die Krankenkassen haben auf Verlangen der zuständigen Aufsichtsbehörde bezüglich der Einhaltung Nachweise zu erbringen.“
5. *In § 73 Absatz 8 Satz 7 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Arzneimitteln“ ein Komma und die Wörter „von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können,“ eingefügt.*	5. § 73 **wird wie folgt geändert:**
	a) In Absatz 7 Satz 1 werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „oder für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen“ eingefügt.
	b) In Absatz 9 Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Arzneimitteln“ ein Komma und die Wörter „von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können,“ eingefügt.
	5a. Dem § 73b Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
	„Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.“
	5b. Dem § 83 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend. Satz 4 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.“
6. In § 92 Absatz 7a werden die Wörter „§ 126 Absatz 1a Satz 3“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.	6. u n v e r ä n d e r t
	6a. Dem § 117 wird folgender Absatz 4 angefügt:
	„(4) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs der Hochschulambulanzen nach den Absätzen 1 und 2 sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. § 137c Absatz 3 gilt entsprechend.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	6b. § 120 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden“ eingefügt.
	bb) In Satz 4 werden die Wörter „Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4“ durch die Wörter „Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
	b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 2“ die Wörter „oder eine Berücksichtigung der Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4“ eingefügt.
7. § 124 wird wie folgt geändert:	7. § 124 wird wie folgt geändert:
a) *Nach* Absatz 5 *Satz 1 wird folgender Satz eingefügt*:	a) **Dem** Absatz 5 **werden die folgenden Sätze angefügt**:
„*Soweit dies zur Vereinfachung des Verfahrens nach Satz 1 zweckmäßig ist, können die* Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen *vereinbaren, ein gemeinsames Zulassungsverfahren durchzuführen*.“	„**Die** Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen **können die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch dagegen auf einen anderen Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen übertragen, der zu diesem Zweck Verwaltungsakte erlassen darf**.“
b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „§ 125 Abs. 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 125 Absatz 2 Satz 4“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
8. § 125 wird wie folgt geändert:	8. § 125 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 2 werden die Wörter „Fortbildung und“ durch die Wörter „Fort- und Weiterbildung sowie zur“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	bb) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Vergütungsstrukturen“ die Wörter „einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte“ eingefügt.
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	**b**) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Heilmitteln“ ein Komma und werden die Wörter „der erforderlichen Weiterbildungen“ eingefügt.
aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	**bb**) unverändert
„Für die Jahre 2017 bis 2019 gilt § 71 für die Verträge nach Satz 1 nicht.“	
bb) In dem neuen Satz 5 werden nach dem Wort „Schiedsperson“ die Wörter „innerhalb von drei Monaten“ eingefügt.	**cc**) unverändert
cc) Nach dem neuen Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:	**dd**) unverändert
„Die Benennung der Schiedsperson kann von den Vertragspartnern für das jeweilige Schiedsverfahren oder für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren erfolgen.“	
dd) Der neue Satz 7 wird wie folgt gefasst:	**ee**) unverändert
„Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder den vertragsschließenden Landesverband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Satz 6 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsperson auch für nachfolgende Schiedsverfahren des Verbandes der Leistungserbringer mit anderen Krankenkassen oder Landesverbänden bestimmt werden kann.“	
ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:	**ff**) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschie-	„**Widersprüche und** Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.“	gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.“
	c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
	„(2a) Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 schließen Verträge über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.“
b) In Absatz 3 Satz 5 werden nach dem Wort „erreichen“ ein Semikolon und die Wörter „Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt“ eingefügt.	**d**) unverändert
9. § 126 Absatz 1a und 2 wird wie folgt gefasst:	9. § 126 Absatz 1a und 2 wird wie folgt gefasst:
„(1a) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind. Die Leistungserbringer führen den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle); bei Verträgen nach § 127 Absatz 3 kann der Nachweis im Einzelfall auch durch eine Feststellung der Krankenkasse erfolgen. Die Leistungserbringer haben einen Anspruch auf Erteilung des Zertifikats oder eine Feststellung der Krankenkasse nach Satz 2 zweiter Halbsatz, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen. Bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 haben die Präqualifizierungsstelle und die Krankenkasse die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 3 zu beachten. Die Zertifikate sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen. Erteilte Zertifikate sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle feststellt, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht oder nicht mehr erfüllt sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. Die erteilenden Stellen dürfen die für den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1	„(1a) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind. Die Leistungserbringer führen den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle); bei Verträgen nach § 127 Absatz 3 kann der Nachweis im Einzelfall auch durch eine Feststellung der Krankenkasse erfolgen. Die Leistungserbringer haben einen Anspruch auf Erteilung des Zertifikats oder eine Feststellung der Krankenkasse nach Satz 2 zweiter Halbsatz, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen. Bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 haben die Präqualifizierungsstelle **im Rahmen ihrer Zertifizierungstätigkeit** und die Krankenkasse **bei ihrer Feststellung** die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 3 zu beachten. Die Zertifikate sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen. Erteilte Zertifikate sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle **oder die Stelle nach Absatz 2 Satz 6 aufgrund von Überwachungstätigkeiten im Sinne der DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013,** feststellt, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht oder nicht mehr erfüllt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen *in einem von ihm vorgegebenen Datenformat* über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Zertifikate einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten zu unterrichten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen sowie der nationalen Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 1 bekannt zu geben.	sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. Die erteilenden Stellen dürfen die für den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen **entsprechend seiner Vorgaben** über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Zertifikate einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten zu unterrichten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen sowie der nationalen Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 1 bekannt zu geben.
(2) Als Präqualifizierungsstellen dürfen nur Zertifizierungsstellen für Produkte, Prozesse und Dienstleistungen gemäß DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, tätig werden, die die Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 beachten und von einer nationalen Akkreditierungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) in der jeweils geltenden Fassung akkreditiert worden sind. Die Akkreditierung ist auf höchstens fünf Jahre zu befristen. Die Akkreditierung erlischt mit dem Ablauf der Frist, mit der Einstellung des Betriebes der Präqualifizierungsstelle oder durch Verzicht der Präqualifizierungsstelle. Die Einstellung und der Verzicht sind der nationalen Akkreditierungsstelle unverzüglich mitzuteilen. Die bisherige Präqualifizierungsstelle ist verpflichtet, die Leistungserbringer, denen sie Zertifikate erteilt hat, über das Erlöschen ihrer Akkreditierung zu informieren. *Sie hat* die ihr vorliegenden Antragsunterlagen in elektronischer Form *den Präqualifizierungsstellen* zur Verfügung zu stellen*, mit denen die Leistungserbringer die Fortführung ihrer Präqualifizierungsverfahren vereinbaren*. Das Bundesministerium für Gesundheit übt im Anwendungsbereich dieses Gesetzes die Fachaufsicht über die nationale Akkreditierungsstelle aus. Präqualifizierungsstellen, die seit dem 1. Juli 2010 Aufgaben nach Absatz 1a wahrnehmen, haben spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des	(2) Als Präqualifizierungsstellen dürfen nur Zertifizierungsstellen für Produkte, Prozesse und Dienstleistungen gemäß DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, tätig werden, die die Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 beachten und von einer nationalen Akkreditierungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) in der jeweils geltenden Fassung akkreditiert worden sind. Die Akkreditierung ist auf höchstens fünf Jahre zu befristen. Die Akkreditierung erlischt mit dem Ablauf der Frist, mit der Einstellung des Betriebes der Präqualifizierungsstelle oder durch Verzicht der Präqualifizierungsstelle. Die Einstellung und der Verzicht sind der nationalen Akkreditierungsstelle unverzüglich mitzuteilen. Die bisherige Präqualifizierungsstelle ist verpflichtet, die Leistungserbringer, denen sie Zertifikate erteilt hat, über das Erlöschen ihrer Akkreditierung zu informieren. **Die Leistungserbringer haben umgehend mit einer anderen Präqualifizierungsstelle** die **Fortführung des Präqualifizierungsverfahrens zu vereinbaren, der die bisherige Präqualifizierungsstelle die** ihr vorliegenden Antragsunterlagen in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen **hat**. Das Bundesministerium für Gesundheit übt im Anwendungsbereich dieses Gesetzes die Fachaufsicht über die nationale Akkreditierungsstelle aus. Präqualifizierungsstellen,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] einen Antrag auf Akkreditierung nach Satz 1 zu stellen und spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 24. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] den Nachweis über eine erfolgreiche Akkreditierung zu erbringen. Die nationale Akkreditierungsstelle überwacht die Einhaltung der sich aus der DIN EN ISO/IEC 17065 und den Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 für die Präqualifizierungsstellen ergebenden Anforderungen und Verpflichtungen. Sie hat die Akkreditierung einzuschränken, auszusetzen oder zurückzunehmen, wenn die Präqualifizierungsstelle die Anforderungen für die Akkreditierung nicht oder nicht mehr erfüllt oder ihre Verpflichtungen erheblich verletzt; die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend.“	die seit dem 1. Juli 2010 Aufgaben nach Absatz 1a wahrnehmen, haben spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] einen Antrag auf Akkreditierung nach Satz 1 zu stellen und spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 24. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] den Nachweis über eine erfolgreiche Akkreditierung zu erbringen. Die nationale Akkreditierungsstelle überwacht die Einhaltung der sich aus der DIN EN ISO/IEC 17065 und den Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 für die Präqualifizierungsstellen ergebenden Anforderungen und Verpflichtungen. Sie hat die Akkreditierung einzuschränken, auszusetzen oder zurückzunehmen, wenn die Präqualifizierungsstelle die Anforderungen für die Akkreditierung nicht oder nicht mehr erfüllt oder ihre Verpflichtungen erheblich verletzt; die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend**. Für die Prüfung, ob die Präqualifizierungsstellen ihren Verpflichtungen nachkommen, kann die nationale Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 1 auf Informationen der Krankenkassen oder des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen. berufsständischer Organisationen und Aufsichtsbehörden zurückgreifen**.“
10. § 127 wird wie folgt geändert:	10. § 127 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) *Satz* 2 *wird* wie folgt gefasst:	aa) **Die Sätze** 2 **und 3 werden** wie folgt gefasst:
„Dabei haben sie durch die Leistungsbeschreibung eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 4 sicherzustellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen.“	„Dabei haben sie durch die Leistungsbeschreibung eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 4 sicherzustellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen**. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert,**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.“
bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Verträge nach Satz 1 können mit mehreren Leistungserbringern abgeschlossen werden.“	
cc) Folgender Satz wird angefügt:	cc) u n v e r ä n d e r t
„Öffentliche Aufträge im Sinne des § 103 Absatz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, deren geschätzter Auftragswert ohne Umsatzsteuer den maßgeblichen Schwellenwert gemäß § 106 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen erreicht oder überschreitet, sind nach Maßgabe des Teils 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zu vergeben.“	
	dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „in der Regel“ gestrichen.
b) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:	b) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:
„(1b) Bei Ausschreibungen nach Absatz 1 ist der Zuschlag auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Der Preis darf nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein. Zu berücksichtigen sind verschiedene, mit dem Auftragsgegenstand in Verbindung stehende Kriterien, wie etwa Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit der Leistung insbesondere für Menschen mit Behinderungen, Organisation, Qualifikation und Erfahrung des mit der Ausführung des Auftrags betrauten Personals, Kundendienst und technische Hilfe, Lieferbedingungen, Betriebs- und Lebenszykluskosten und Preis. Die Leistungsbeschreibung oder die Zuschlagskriterien müssen so festgelegt und bestimmt sein, dass qualitative Aspekte angemessen berücksichtigt sind; soweit diese qualitativen Anforderungen der Liefer- oder Dienstleistungen nicht *erschöpfend* in der Leistungsbeschreibung festgelegt sind, darf die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, *40*	„(1b) Bei Ausschreibungen nach Absatz 1 ist der Zuschlag auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Der Preis darf nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein. Zu berücksichtigen sind verschiedene, mit dem Auftragsgegenstand in Verbindung stehende Kriterien, wie etwa Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit der Leistung insbesondere für Menschen mit Behinderungen, Organisation, Qualifikation und Erfahrung des mit der Ausführung des Auftrags betrauten Personals, Kundendienst und technische Hilfe, Lieferbedingungen, Betriebs- und Lebenszykluskosten und Preis. Die Leistungsbeschreibung oder die Zuschlagskriterien müssen so festgelegt und bestimmt sein, dass qualitative Aspekte angemessen berücksichtigt sind; soweit diese qualitativen Anforderungen der Liefer- oder Dienstleistungen nicht **bereits** in der Leistungsbeschreibung festgelegt sind, darf die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, **50** Pro-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Prozent nicht unterschreiten. § 60 der Vergabeverordnung zum Ausschluss ungewöhnlich niedriger Angebote bleibt unberührt.“	zent nicht unterschreiten. § 60 der Vergabeverordnung zum Ausschluss ungewöhnlich niedriger Angebote bleibt unberührt.“
c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:	c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
„(4a) Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und *medizinisch* notwendig sind. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. Im *Falle* des § 33 Absatz 1 Satz *5* sind die Versicherten auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Satz 2 gilt entsprechend.“	„(4a) Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. Im **Fall** des § 33 Absatz 1 Satz **6** sind die Versicherten **vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen** auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Satz 2 gilt entsprechend.“
d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „auf Nachfrage“ gestrichen.	
bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Abweichend von Satz 1 informieren die Krankenkassen ihre Versicherten auf Nachfrage, wenn diese bereits einen Leistungserbringer gewählt oder die Krankenkassen auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.“	
cc) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.“	
e) Nach Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a und 5b eingefügt:	e) u n v e r ä n d e r t
„(5a) Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Krankenkassen auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach Absatz 4a Satz 1 vorzulegen. Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat, können die Krankenkassen von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet. Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden. Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen.	
(5b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung ab, in denen insbesondere Regelungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen in den jeweiligen Produktbereichen, zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind.“	
	f) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „geben“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2017“ eingefügt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 bis 4 gilt entsprechend“ eingefügt.
11. Dem § 128 Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:	11. u n v e r ä n d e r t
„Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei Leistungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach § 37 Absatz 7 gegenüber den Leistungserbringern, die diese Leistungen erbringen.“	
12. § 131 Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	12. u n v e r ä n d e r t
„Für die Abrechnung von Fertigarzneimitteln, von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, übermitteln die pharmazeutischen Unternehmer und sonstigen Hersteller die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktangaben einschließlich der Rabatte nach § 130a an die in § 129 Absatz 2 genannten Verbände sowie an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Gemeinsamen Bundesausschuss im Wege elektronischer Datenübertragung und maschinell verwertbar auf Datenträgern; dabei ist auch der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach § 129 Absatz 5a sowie für Produkte nach § 31 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 1 und 4 ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzugeben.“	
13. § 132a Absatz 1 wird wie folgt geändert:	13. § 132a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden nach dem Wort „einheitliche“ die Wörter „und flächendeckende“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Satz 4 Nummer *2* werden nach dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7“ eingefügt.	b) In Satz 4 Nummer **1** werden nach dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7“ eingefügt.
c) In Satz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 2 sind, soweit sie Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7 betreffen, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 Absatz 7 abzugeben“ eingefügt.	**entfällt**
14. § 139 wird wie folgt geändert:	14. § 139 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird das Wort „können“ durch das Wort „sind“ ersetzt und werden die Wörter „festgelegt werden“ durch das Wort „festzulegen“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 wird das Wort „können“ durch das Wort „sind“ ersetzt und werden die Wörter „geregelt werden“ durch die Wörter „zu regeln“ ersetzt.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Prüfung des Antrags eine Klärung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für erforderlich, ob der Einsatz des Hilfsmittels untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, holt er hierzu unter Vorlage der ihm vorliegenden Unterlagen sowie einer Begründung seiner Einschätzung eine Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses ein. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auskunft innerhalb von sechs Monaten zu erteilen. Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss zu dem Ergebnis, dass das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, beginnt unmittelbar das Verfahren zur Bewertung der Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1, wenn der Hersteller den Antrag auf Eintragung des Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis nicht innerhalb eines Monats zurücknimmt, nachdem ihm der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Ergebnis der Auskunft mitgeteilt hat.“
b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:	**c**) u n v e r ä n d e r t
„Hat der Hersteller Nachweise nach Satz 1 nur für bestimmte Indikationen erbracht, ist die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis auf diese Indikationen zu beschränken. Nimmt der Hersteller an Hilfsmitteln, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, Änderungen vor, hat er diese dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht gilt auch, wenn ein Hilfsmittel nicht mehr hergestellt wird.“	
c) *In* Absatz 6 *Satz 5* wird *nach der Angabe „Absatz 4“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.*	**d**) Absatz 6 wird **wie folgt geändert:**
	aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
	„Bis zum Eingang einer im Einzelfall nach Absatz 3 Satz 3 angeforderten

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen.“
	bb) In dem neuen Satz 6 wird nach der Angabe „Absatz 4“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
d) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:	**e**) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt bis zum 31. Dezember 2017 eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6, 8 und 9 das Nähere zum Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis, zu deren Streichung und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses regelt. Er kann dabei vorsehen, dass von der Erfüllung bestimmter Anforderungen ausgegangen wird, sofern Prüfzertifikate geeigneter Institutionen vorgelegt werden oder die Einhaltung einschlägiger Normen oder Standards in geeigneter Weise nachgewiesen wird. In der Verfahrensordnung legt er insbesondere Fristen für die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses fest. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend. Sofern dies in einer Rechtsverordnung nach Absatz 8 vorgesehen ist, erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Gebühren zur Deckung seiner Verwaltungsausgaben nach Satz 1.“	„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt bis zum 31. Dezember 2017 eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6, 8 und 9 das Nähere zum Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis, zu deren Streichung und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses **sowie das Nähere zum Verfahren der Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss** regelt. Er kann dabei vorsehen, dass von der Erfüllung bestimmter Anforderungen ausgegangen wird, sofern Prüfzertifikate geeigneter Institutionen vorgelegt werden oder die Einhaltung einschlägiger Normen oder Standards in geeigneter Weise nachgewiesen wird. In der Verfahrensordnung legt er insbesondere Fristen für die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses fest. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend. Sofern dies in einer Rechtsverordnung nach Absatz 8 vorgesehen ist, erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Gebühren zur Deckung seiner Verwaltungsausgaben nach Satz 1.“
e) Absatz 8 wird durch die folgenden Absätze 8 bis 11 ersetzt:	**f**) u n v e r ä n d e r t
„(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen, dass für das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Gebühren von den Herstellern zu erheben sind. Es legt die Höhe der Gebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner fest. In der Rechtsverordnung kann vorgesehen werden, dass die tatsächlich entstandenen Kosten auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zu berechnen sind.	
(9) Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. Dezember 2018 sämtliche Produktgruppen, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung zu unterziehen und sie im erforderlichen Umfang fortzuschreiben. Er legt dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich zum 1. März einen Bericht über die im Berichtszeitraum erfolgten sowie über die begonnenen, aber noch nicht abgeschlossenen Fortschreibungen vor. Die Fortschreibung umfasst die Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2, die Aufnahme neuer Hilfsmittel sowie die Streichung von Hilfsmitteln.	
(10) Zum Zweck der Fortschreibung nach Absatz 9 Satz 1, 2 und 4 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von dem Hersteller für seine im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produkte innerhalb einer in der Verfahrensordnung festgelegten angemessenen Frist die zur Prüfung der Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 erforderlichen Unterlagen anfordern. Bringt der Hersteller die angeforderten Unterlagen nicht fristgemäß bei, verliert die Aufnahme des Produktes in das Hilfsmittelverzeichnis ihre Wirksamkeit und das Produkt ist unmittelbar aus dem Hilfsmittelverzeichnis zu streichen. Ergibt die Prüfung, dass die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt sind, ist die Aufnahme zurückzunehmen oder zu widerrufen. Nach Eintritt der Bestandskraft des Rücknahme- oder Widerrufsbescheids ist das Produkt aus dem Hilfsmittelverzeichnis zu streichen. Für die Prüfung, ob ein Hilfsmittel noch hergestellt	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wird, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Streichung auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann.	
(11) Vor einer Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2 ist den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann auch Stellungnahmen von medizinischen Fachgesellschaften sowie Sachverständigen aus Wissenschaft und Technik einholen.“	
	14a. Dem § 140a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.“
15. § 140f wird wie folgt geändert:	15. § 140f wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „§ 127 Abs. 1a Satz 1 und Absatz 6“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 1a Satz 1, Absatz 5b und 6“ ersetzt.	a) unverändert
	b) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Der Anspruch auf Unterstützung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gilt ebenso für die Wahrnehmung der Antrags-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte nach § 137a Absatz 4 und 7, § 139a Absatz 5 sowie § 139b Absatz 1. Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 besteht auch für die Teilnahme der sachkundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.“
b) Folgender Absatz 8 wird angefügt:	**c)** Folgender Absatz 8 wird angefügt:
„(8) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung	„(8) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach § 140g anerkannten Organisationen erhalten für den Aufwand zur Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte einen Betrag in Höhe von *jährlich 50* Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. Der Anspruch richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist. Der Anspruch ist durch den von den anerkannten Organisationen gebildeten Koordinierungsausschuss geltend zu machen.“	nach § 140g anerkannten Organisationen erhalten für den Aufwand zur Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte einen Betrag in Höhe von **120** Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. Der Anspruch richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist. Der Anspruch ist durch den von den anerkannten Organisationen gebildeten Koordinierungsausschuss geltend zu machen.“
16. Nach § 217f Absatz 4a wird folgender Absatz 4b eingefügt:	16. u n v e r ä n d e r t
„(4b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme fest, die von den Krankenkassen bei Kontakten mit ihren Versicherten anzuwenden sind. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, im Verhältnis zum Gefährdungspotential mit abgestuften Verfahren den Schutz der Sozialdaten zu gewährleisten und dem Stand der Technik entsprechen. Insbesondere für die elektronische Übermittlung von Sozialdaten hat die Richtlinie Maßnahmen zur sicheren Identifizierung und zur sicheren Datenübertragung vorzusehen; hierbei sollen bereits vorhandene Verfahren für einen sicheren elektronischen Identitätsnachweis nach § 36a Absatz 2 Satz 5 des Ersten Buches berücksichtigt werden. Die Richtlinie hat Konzepte zur Umsetzung der Maßnahmen durch die Krankenkassen und Vorgaben für eine Zertifizierung durch unabhängige Gutachter vorzusehen. Sie ist in Abstimmung mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu erstellen und bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“	
	16a. Dem § 231 wird folgender Absatz 3 angefügt:
	„(3) Weist ein Mitglied, dessen Beiträge nach § 240 Absatz 4a Satz 6 festgesetzt wurden, innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu zahlen waren, beitragspflichtige Einnahmen nach, die für den Kalendertag unterhalb des dreißigsten Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze liegen, wird dem Mitglied der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Anteil der gezahlten Beiträge erstattet, der die Beiträge übersteigt, die das Mitglied auf der Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 hätte zahlen müssen.“
	16b. § 240 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grundlage der Sätze 3 und 4 bestimmten Voraussetzungen für eine Beitragsberechnung sind bis zur endgültigen Beitragsfestsetzung nach Absatz 4a Satz 3 durch das Mitglied nachzuweisen.“
	bb) Der bisherige Satz 6 wird aufgehoben.
	b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
	„(4a) Die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge werden auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen; Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. Die nach den Sätzen 1 und 2 vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheids endgültig festgesetzt. Weist das Mitglied seine tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, gilt für die endgültige Beitragsfestsetzung nach Satz 3 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. Für die Bemessung der Beiträge aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gelten die Sätze 1, 3 und 4 entsprechend. Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn aufgrund des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides oder einer Erklärung des Mitglieds für den Kalendertag beitragspflichtige Einnahmen in Höhe des dreißigsten Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt werden.“
	c) Der bisherige Absatz 4a wird Absatz 4b.
	16c. In § 243 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 4a“ durch die Angabe „Absatz 4b“ ersetzt.
	16d. Dem § 268 wird folgender Absatz 4 angefügt:
	„(4) Die Krankenkassen erheben vom 1. Juli 2017 an versichertenbezogen den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. § 268 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.“
	16e. § 269 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3d eingefügt:
	„(3a) Das Bundesversicherungsamt gibt Folgegutachten in Auftrag, mit denen insbesondere die in den Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle auf Grundlage der nach § 30 Absatz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach den Absätzen 3b und 3c erhobenen Daten überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden sollen. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtenauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 30 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie nach Absatz 3d übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu gewähren. Absatz 3 Satz 3 und 5 gilt entsprechend.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(3b) Im Folgegutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Krankengeldausgaben der Krankenkassen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderlichen Angaben:
	1. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
	2. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese erzielt wurden,
	3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches sowie die jeweiligen Bezugstage,
	4. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einschließlich des Datums der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und des Beginns der Arbeitsunfähigkeit,
	5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,
	6. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 45 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	7. den Tätigkeitsschlüssel nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 des Vierten Buches sowie
	8. die dem Beschäftigungsbetrieb des Versicherten zugeordnete Betriebsnummer nach § 28a Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Vierten Buches.
	(3c) Im Folgegutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind die im Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 entwickelten Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für diese Versichertengruppe insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß dem Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderlichen Angaben:
	1. das Grenzgängerkennzeichen,
	2. das Länderkennzeichen des Wohnstaats.
	Darüber hinaus erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, nicht personenbezogen die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen, differenziert nach dem Wohnstaat, dem Abrechnungsjahr und der leistungspflichtigen Krankenkasse, und übermittelt diese an das Bundesversicherungsamt. Das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum Umfang der Datenerhebung nach Satz 3 bestimmt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Es kann auch bestimmt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	werden, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, weitere für das Gutachten nach Satz 1 erforderliche nicht personenbezogene Daten zu Abrechnungen von Versicherten nach Satz 1 erhebt und an das Bundesversicherungsamt übermittelt.
	(3d) Die Daten nach Absatz 3b und Absatz 3c Satz 1 und 2 sind dem Bundesversicherungsamt erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 zu übermitteln; für die Erhebung und Übermittlung der Daten gilt § 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9 entsprechend. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung, zum Umfang sowie zum Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. Die Nutzung der Daten nach den Absätzen 3b und 3c ist auf die Zwecke nach den Absätzen 3b und 3c beschränkt. Das Bundesversicherungsamt oder der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, können den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen ausschließlich für die Zwecke der Folgegutachten nach den Absätzen 3b und 3c die jeweils erforderlichen versichertenbezogenen Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 in pseudonymisierter oder anonymisierter Form übermitteln, wenn eine ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme nach Absatz 3a Satz 2 und 3 aus organisatorischen oder technischen Gründen nicht ausreichend ist. Die nach Satz 4 übermittelten Daten sind von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen jeweils unverzüglich nach Übergabe der Gutachten an das Bundesversicherungsamt zu löschen. Die Löschung ist von den nach Absatz 3a beauftragten Personen oder Personengruppen dem Bundesversicherungsamt oder dem Spitzen-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	verband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, nachzuweisen.“
	b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „3d“ ersetzt.
	16f. § 273 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Prüfung aufklärend mitzuwirken und auf Verlangen des Bundesversicherungsamts diesem weitere Auskünfte und Nachweise, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen, in einer von diesem gesetzten angemessenen Frist zu liefern; legt die Krankenkasse die geforderten Unterlagen nicht innerhalb der Frist vor, kann das Bundesversicherungsamt ein Zwangsgeld entsprechend § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen.“
	16g. In § 276 Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „erheben und speichern“ die Wörter „sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln“ eingefügt.
	16h. Nach § 279 Absatz 4a Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Vertreter des Beirates nach Satz 1 erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.“
17. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	17. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 16 wird am Ende ein Komma eingefügt.	
b) Nach Nummer 16 wird folgende Nummer 16a eingefügt:	
„16a. die Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln nach § 127 Absatz 5a“.	
18. § 294a Absatz 1 wird wie folgt geändert:	18. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In Satz 2 wird nach den Wörtern „eines sexuellen Missbrauchs“ ein Komma und werden die Wörter „eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung“ eingefügt.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung einer oder eines volljährigen Versicherten sein können, besteht die Mitteilungspflicht nach Satz 1 nur dann, wenn die oder der Versicherte in die Mitteilung ausdrücklich eingewilligt hat.“	
	18a. § 295 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „des Tages“ die Wörter „und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, der Uhrzeit“ eingefügt.
	b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „Tag“ die Wörter „und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit“ eingefügt.
	18b. § 299 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 7 werden nach der Angabe „§ 135b Absatz 2“ die Wörter „sowie die für die Durchführung der Aufgaben einer Datenannahmestelle oder für Einrichtungsbefragungen zur Qualitätssicherung aus Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1“ eingefügt.
	b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Eine über die in den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 festgelegten Zwecke hinausgehende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten, insbesondere eine Zusammenführung mit anderen Daten, ist unzulässig. Aufgaben zur Qualitätssicherung sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen räumlich und personell getrennt von ihren anderen Aufgaben wahrzunehmen.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
19. § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:	19. u n v e r ä n d e r t
„8. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung für Zwecke des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a mit Angabe geeigneter Einrichtungen,“.	
	20. § 302 wird wie folgt geändert:
20. In *§ 302* Absatz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 5 anzugeben“ eingefügt.	**a)** In Absatz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 5 anzugeben“ eingefügt.
	b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
	„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht erstmals bis zum 30. Juni 2018 und danach jährlich einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen. Der Bericht informiert ohne Versicherten- oder Einrichtungsbezug insbesondere über die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Aufzahlungen der Versicherten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen sowie Art und Umfang der Übermittlung.“
	20a. Dem § 303 wird folgender Absatz 4 angefügt:
	„(4) Sofern Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a fehlerhaft oder unvollständig sind, ist eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere auch aufgrund von Prüfungen gemäß §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist unzulässig. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 Satz 1.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
21. In § 305 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 127 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 1 Satz 4, Absatz 3 und 4a“ ersetzt.	21. u n v e r ä n d e r t
	22. Dem § 305a wird folgender Satz angefügt:
	„Eine Beratung des Arztes oder Psychotherapeuten durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme ist unzulässig.“
	Artikel 1a
	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
	Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S.2500) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 118 wie folgt gefasst:
	„§ 118 Übergangsregelung für Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst“.
	2. § 23c wie folgt geändert:
	a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
	b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
	„(2) Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten neben
	1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder
	2. einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ausgeübt werden. Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nach Satz 1 nicht beitragspflichtig sind, bestehen keine Meldepflichten nach diesem Buch.“
	3. § 118 wird wie folgt gefasst:
	„§ 118
	Übergangsregelung für Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst
	§ 23c Absatz 2 gilt nicht für Einnahmen aus einer vor dem … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 3 Absatz 1] vereinbarten Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst."
	Artikel 1b
	Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch
	Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Dem § 2 Absatz 1 Nummer 13 wird folgender Buchstabe d angefügt:
	„d) Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst ausüben, wenn diese Tätigkeiten neben
	aa) einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder
	bb) einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung
	ausgeübt werden,“.
	2. Nach § 135 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
	„(4a) Die Versicherung nach § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe d geht der Versicherung nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 9 vor.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 1c
	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:
	„2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,“
	Artikel 1d
	Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
	In § 2 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 6a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 4a“ durch die Angabe „Absatz 4b“ ersetzt.
	Artikel 1e
	Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
	Nach § 33 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 6a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist, wird folgender § 33a eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„§ 33a
	Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte
	(1) Das Bundesversicherungsamt beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 31 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von wissenschaftlichen Folgegutachten nach § 269 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
	(2) In den Gutachten nach Absatz 1 sollen insbesondere die in den Gutachten nach § 33 Absatz 2 entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und zur Deckung der Aufwendungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), auf Basis von Daten aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der Modelle zu beachten.
	(3) Im Folgegutachten nach § 269 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen insbesondere die im Gutachten nach § 33 Absatz 3 enthaltenen Modelle überprüft und weiterentwickelt werden, bei denen die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzter Krankengeldzahlbeträge ermittelt werden; bei der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind Morbiditätskriterien einzubeziehen. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und inwieweit die Einbeziehung von weiteren Angaben gemäß § 269 Absatz 3b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in das Modell umsetzbar ist, ob dies zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells führt und ob ergänzend eine Regelung entsprechend § 41 Absatz 1 Satz 3 oder einer alternativen anteiligen Berücksichtigung der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkassen für das

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Zudem ist ein gesondertes Modell zu entwickeln, in dem für jede Krankenkasse die Zuweisungen für die Aufwendungen für das Krankengeld nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage der diesbezüglich tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse zu ermitteln sind.
	(4) Im Folgegutachten nach § 269 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen Modelle zur landesspezifischen Differenzierung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage der Erkenntnisse des Gutachtens nach § 33 Absatz 4 geprüft und weiterentwickelt werden. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und in welcher Form eine ergänzende Regelung entsprechend der Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Außerdem ist unter Beachtung von Absatz 2 Satz 2 zu prüfen, ob und wie alternativ ein Verfahren ausgestaltet werden kann, in dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte für jede Krankenkasse auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse für diese Versicherten ermittelt werden.
	(5) Die Gutachten nach Absatz 3 und 4 sind dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 31. Dezember 2019 zu erstatten.“
	Artikel 1f
	Änderung des Krankenpflegegesetzes
	Dem § 19 Absatz 3 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 32 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:
	„Wird die Meldung nach Satz 1 mittels eines Europäischen Berufsausweises vorgenommen, ist abweichend von Satz 4 die Meldung 18 Monate nach Ausstellung des Europäischen Berufsausweises zu erneuern.“
	Artikel 1g
	Änderung der Bundes-Apothekerordnung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Nach § 11a Absatz 2 Satz 2 der Bundes-Apothekerordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:
	„Wird die Meldung nach Satz 1 mittels eines Europäischen Berufsausweises vorgenommen, ist abweichend von Satz 2 die Meldung 18 Monate nach Ausstellung des Europäischen Berufsausweises zu erneuern.“
	Artikel 1h
	Änderung des Notfallsanitätergesetzes
	§ 32 Absatz 2 des Notfallsanitätergesetzes vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das durch Artikel 30 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In Satz 1 werden nach den Wörtern „Eine Person, die“ die Wörter „bei Inkrafttreten dieses Gesetzes“ gestrichen.
	2. In Satz 2 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach den Wörtern „eine Person, die“ die Wörter „bei Inkrafttreten des Gesetzes“ gestrichen.
	Artikel 1i
	Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes
	Das Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 20 Absatz 3 des Gesetzes vom 23. Februar 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Dem § 192 Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
	„Er ist außerdem verpflichtet, den Verdienstausfall, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, durch das vereinbarte Krankentagegeld zu er-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	setzen, soweit der versicherten Person kein anderweitiger angemessener Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht.“
	2. In § 197 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Entbindung,“ die Wörter "Krankentagegeld nach § 192 Absatz 5 Satz 2“ eingefügt.
	3. In § 208 Satz 1 werden nach dem Wort „Von“ die Wörter „§ 192 Absatz 5 Satz 2 und“ eingefügt.
	Artikel 1j
	Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung
	Die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 780) wird wie folgt geändert:
	1. Dem § 6 wird folgender Absatz 4 angefügt:
	„(4) Die Teilkopfschäden für Leistungen nach § 25 Satz 1 Nummer 2 sind für alle Alter gesondert zu ermitteln. Die entsprechenden rechnungsmäßigen Teilkopfschäden sind auf alle Alter gleichmäßig zu verteilen.“
	2. § 25 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Als Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft sind diejenigen Leistungen anzusehen, die
	1. in dem Zeitraum anfallen, der acht Monate vor einer Geburt beginnt und einen Monat nach einer Geburt endet;
	2. auf Grund des § 192 Absatz 5 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes erbracht werden in den dort maßgeblichen Zeiträumen.“
	3. Dem § 27 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
	„Für Leistungen nach § 25 Satz 1 Nummer 2 ist die Glättung nach den Sätzen 2 und 3 gesondert durchzuführen mit der Maßgabe, dass die sich ergebenden rechnungsmäßigen Teilkopfschäden auf alle Alter gleichmäßig zu verteilen sind.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	Artikel 1k
	Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes
	In § 4 Absatz 5 Satz 3 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Januar 2015 (BGBl. I S. 33) werden nach den Wörtern „anzurechnende Leistungen“ die Wörter „oder nach § 192 Absatz 5 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes Versicherungsleistungen“ eingefügt.
Artikel 2	**Artikel 2**
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	**Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**
In § 40 Absatz 5a Satz 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom *21*. Dezember *2015* (BGBl. I S. *2557*) geändert worden ist, *werden die Wörter „das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „der sich aus § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Wert“ ersetzt.*	**Das Zweite Gesetz** über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel **20 Absatz** 4 des Gesetzes vom **23**. Dezember **2016** (BGBl. I S. **3234**) geändert worden ist, **wird wie folgt geändert:**
	1. In § 40 Absatz 5a Satz 1 werden die Wörter „das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „der sich aus § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Wert“ ersetzt.
	2. § 46 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „der Maßgabe anzuwenden, dass“ durch die Wörter „den Maßgaben anzuwenden, dass Absatz 4a nicht angewendet wird und“ ersetzt.
	b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Satzung kann vorsehen, dass Veränderungen der Beitragsbemessung auf

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.“
Artikel 3	**Artikel 3**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 *und 3* am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 **bis 5** am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Artikel 1 Nummer *5 tritt* am ... *[einsetzen: Datum des letzten Tages des 15. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]* in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer **0a und 0b sowie Artikel 1c treten** am **1. August 2017** in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer *12 tritt* am ... *[einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]* in Kraft.	(3) Artikel 1 Nummer **16a bis 16c, Artikel 1d und Artikel 2 Nummer 2 treten** am **1. Januar 2018** in Kraft.
	(4) Artikel 1 Nummer 12 tritt am … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.
	(5) Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b tritt am … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 15. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Dr. Roy Kühne, Martina Stamm-Fibich, Birgit Wöllert und Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu den Buchstaben a, c und d

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/10186** und die Anträge auf den Drucksachen 18/10247 und 18/10252 in seiner 199. Sitzung am 10. November 2016 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe b

Den Antrag auf **Drucksache 18/8399** hat der Deutsche Bundestag bereits in seiner 176. Sitzung am 9. Juni 2016 in erster Lesung beraten und ebenfalls zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe e

Den Antrag auf **Drucksache 18/3155** hat der Deutsche Bundestag in seiner 88. Sitzung am 26. Februar 2015 in erster Lesung beraten und zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales, an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Nach Feststellung der Bundesregierung verändern und erweitern sich durch den demografischen und gesellschaftlichen Wandel nicht nur die Krankheitsbilder und damit die Ziele der Gesundheitsversorgung. Prävention, die Verhinderung des Voranschreitens chronischer Beschwerden, der Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Alltagskompetenzen sowie Hilfen für ein selbstbestimmte Leben bei chronischer Erkrankung oder Behinderung erhielten zunehmend mehr Gewicht. Vor diesem Hintergrund gewinne die Heil- und Hilfsmittelversorgung und insbesondere die Qualität der Hilfsmittel größere Bedeutung. Es würden daher Regelungen wie eine Flexibilisierung der Preisfindung bei Heilmitteln sowie eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen zur Gewährleistung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung benötigt, um diese zu stärken.

Schwerpunkt des Gesetzentwurfs sind:

1. Heilmittelversorgung

Zur Stärkung der Heilmittelversorgung sollen von 2017 bis 2019 für die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringerverbänden die Begrenzung von Vergütungsanhebungen durch die Grundlohnrate aufgehoben werden.

Zur Erprobung einer möglichen Überführung in die Regelversorgung der sogenannten Blankoverordnung, bei der die Heilmittelerbringer unter bestimmten Bedingungen Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen, soll in jedem Bundesland ein Modellvorhaben durchgeführt werden.

Für die Dauer von Schiedsverfahren im Heilmittelbereich werden zeitliche Vorgaben gemacht.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. Hilfsmittelversorgung

Zur Stärkung der Strukturqualität sollen Begutachtung, Akkreditierung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen, die sich alle fünf Jahre einem Akkreditierungsverfahren und im Akkreditierungszeitraum regelmäßigen Überwachungsaudits unterziehen sollen, künftig durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) erfolgen.

Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 31. Dezember 2018 sämtliche Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung unterziehen und im erforderlichen Umfang fortschreiben. Ferner soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, bis zum 31. Dezember 2017 eine Verfahrensordnung zu beschließen, in der das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses geregelt wird.

Die Krankenkassen sollen künftig die Hilfsmittelversorgungsverträge hinsichtlich der Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Leistungserbringer mittels Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen überwachen. Hierzu sollen die Leistungserbringer die erforderlichen Informationen zur Verfügung stellen. Zudem sollen die Krankenkassen künftig bei Ausschreibungsverträgen zur Hilfsmittelversorgung zusätzlich zum Preis Kriterien wie Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit der Leistung, Organisation, Qualifikation und Erfahrung des beauftragten Personals, Kundendienst, technische Hilfe, Lieferbedingungen sowie Betriebs- und Lebenszykluskosten heranziehen. Dabei soll den Versicherten die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln eingeräumt werden. Darüber hinaus sollen die Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten gestärkt werden, indem die Krankenkassen über die Vertragspartner und die wesentlichen Vertragsinhalte im Internet informieren.

Die Leistungserbringer haben die Versicherten dahingehend zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Sachleistungen innerhalb des Sachleistungssystems für sie geeignet und medizinisch notwendig sind. Die Beratung ist schriftlich zu dokumentieren und durch den Versicherten zu bestätigen. Die Leistungserbringer werden verpflichtet, bei der Abrechnung mit den Krankenkassen auch die Höhe der mit den Versicherten vereinbarten Mehrkosten anzugeben.

3. Wund- und Verbandmittelversorgung

Zur besseren Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden erhält der G-BA den Auftrag, diese Versorgung im Einzelnen zu regeln. Darüber hinaus kann die Versorgung auch in spezialisierten Einrichtungen erfolgen, in denen eine Wundversorgung angeboten wird. Weiterhin sollen Verbandmittel so definiert und durch den G-BA abgegrenzt werden, dass klassische Verbandmittel weiterhin unmittelbar als Verbandmittel zu erstatten sind und für andere Mittel zur Wundbehandlung die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden muss.

4. Stärkung der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten in der Selbstverwaltung

Weiter soll die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten in der GKV gestärkt werden, indem der Koordinierungsaufwand zur praktischen Umsetzung der Patientenbeteiligung mit jährlich 50 Euro für jede benannte sachkundige Person ausgeglichen wird.

5. Datenschutz

Der GKV-Spitzenverband soll in einer Richtlinie Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme festlegen.

6. Ausnahmeregelung von der Mitteilungspflicht bei Fällen sexualisierter und häuslicher Gewalt

Darüber hinaus soll eine Ausnahmeregelung von der Mitteilungspflicht an die Krankenkassen bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden um Fälle sexualisierter und häuslicher Gewalt erweitert und eine nicht mehr erforderliche Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser bei der Leistungsabrechnung gestrichen werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Normenkontrollratsgesetzes den Gesetzentwurf geprüft und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Auswirkungen des Gesetzes auf die Wirtschaft und die Verwaltung transparent und nachvollziehbar dargestellt habe und daher keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen geltend gemacht würden (Drucksache 18/10186 Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 949. Sitzung am 14. Oktober 2016 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Er hat in seiner Stellungnahme

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Änderungen am Gesetzentwurf sowie darüber hinausgehende Regelungen gefordert, insbesondere die gesetzliche Legaldefinition der Verbandmittel weiter zu fassen, Modellvorhaben zum sogenannten Direktzugang verschiedener Berufsgruppen zur Heilmittelversorgung vorzusehen, in den Verträgen zur Heilmittelversorgung Vergütungsgrundsätze und Nachweispflichten zu tatsächlich gezahlten Tariflöhnen oder Arbeitsentgelten zu regeln, die Frist zur Bestimmung der Schiedsperson durch die zuständige Aufsichtsbehörde nach gescheiterten Vergütungsverhandlungen in der Heilmittelversorgung zu streichen, den Umfang der Kostentragung für die Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten an den Beiräten des Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) klarzustellen, zusätzlich eine Regelung vorzusehen, die einen Kostenträger zur Kostenübernahme von Leistungen von Kindertageseinrichtungen, Schulen und Horten für Kinder mit Diabetes-Typ-1 bestimmt, und zusätzlich eine Regelung vorzusehen, die eine Übertragung der geplanten Änderungen des im parlamentarischen Verfahren befindlichen Entwurfes eines Gesetzes zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften zur Aktienanlagemöglichkeit von Altersrückstellungen auf die gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung enthält (Drucksache 18/10186 Anlage 3).

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats die Prüfung hinsichtlich besonderer Vergütungsgrundsätze und Nachweispflichten zu gezahlten Arbeitsentgelten in den Verträgen zur Heilmittelversorgung und hinsichtlich der Kostentragung für die Beteiligung der Patientenvertretungen an den Beiräten des Medizinischen Diensten der Krankenversicherung zugesagt. Im Übrigen wurden die zusätzlichen Regelungsvorschläge des Bundesrates abgelehnt (Drucksache 18/10186 Anlage 4).

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, dass die Datenlage zur Versorgung durch Heilmittelerbringer, über die regionale Verteilung, den Tätigkeitsort, die Versorgungsschwerpunkte oder die Einkommenssituation von Heilmittelerbringern nicht ausreichend sei. So sei nicht bekannt, ob die Entwicklung der Ausgaben der Heilmittelerbringer im Verhältnis zur Entwicklung der Einnahmen stünden.

Für eine bessere Versorgungsplanung und ein transparentes, auskömmliches Vergütungssystem werde eine solide Datenbasis benötigt. Die Bundesregierung müsse deshalb eine entsprechende Studie beauftragen, die für die letzten zehn Jahr u. a. die Zahl der Heilmittelerbringer, die Einkommenssituation, die regionale Verteilung oder das Leistungsangebot aufschlüssele, sowie eine Arbeitsgruppe unter Leitung des BMG und unter Beteiligung der relevanten Verbände und des GKV-Spitzenverbands einrichten, die die wichtigen Fragen zum Berufsbild wie z. B. Qualität, Ausbildung oder flächendeckende Versorgung umfassend beleuchte.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller bedeutet eine patientenorientierte Versorgung u. a. eine optimale Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Vor diesem Hintergrund seien die Regelungen des HHVG nicht ausreichend. Es fehle ein hinreichender Ausbau der Kompetenzen der Heilmittelerbringerinnerinnen und -erbringer.

Deshalb müsse die sogenannte Blankoverordnung, die es den Heilmittelerbringerinnen und -erbringern erlaube, die jeweils geeignete Therapiemethode zu wählen, in die Regelversorgung der GKV übernommen und zügig die Voraussetzungen für Modellvorhaben zur Erprobung eines Direktzugangs im Heilmittelbereich, so dass sich die Versicherten ohne ärztliche Verordnung direkt an die Heilmittelerbringerinnen und -erbringer wenden könnten, geschaffen werden.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller stellen fest, obwohl der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen ermöglichen solle, gebe es nach wie vor von den Krankenkassen nicht beeinflussbare Über- und Unterdeckungen bei unterschiedlichen Versichertengruppen, was den Wettbewerb verzerre und den Reformbedarf des Morbi-RSA zeige. Da die letzte Evaluation des Morbi-RSA aus dem Jahr 2011 stamme und auf Daten aus dem Jahr 2009 basiere, sei eine erneute Evaluation auch unter Zuhilfenahme bislang nicht berücksichtigter Daten erforderlich.

Deshalb müsse die notwendige Datengrundlage durch eine entsprechende gesetzliche Regelung bereitgestellt werden, um ein unabhängige Evaluation des Morbi-RSA in Auftrag geben zu können. Auf Basis dieser Erkenntnisse solle der Morbi-RSA weiterentwickelt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller bemängeln, dass die praktische Umsetzung zahlreicher gesetzlicher Regelungen zugunsten einer steigenden Zahl von Menschen mit Behinderungen starke Probleme bereite. Zum einen seien die Versorgungsstrukturen häufig nicht geeignet, den komplexen Anforderungen von Menschen mit Behinderungen gerecht zu werden. Zum anderen seien die gesundheitliche Versorgung und die Finanzierung lediglich an der Behandlung von Krankheitssymptomen orientiert. Betroffene würden darüber hinaus zunehmend die Erfahrung machen, dass (unter-)gesetzliche Vorgaben anderen Zwecken als der Heilung oder Pflege dienten. Die gesetzlichen Regelungen liefen oft ins Leere, weil sich die Krankenkassen und Leistungserbringer über die Finanzierung und Durchführung uneinig seien.

Es bedürfe daher in zahlreichen Bereichen u. a. einer Überprüfung der gesetzlichen Regelungen, der Einführung der Barrierefreiheit als Qualitätskriterium und einer Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung, insbesondere auch im Bereich der Hilfs- und Heilmittel.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 105. Sitzung am 15. Februar 2017 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/10186 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 81. Sitzung am 15. Februar 2017 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/10186 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bunderegierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie am 20. Oktober 2016 gutachtlich mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 (BR-Drucksache 490/16) befasst und festgestellt, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 18(23)89-13).

Zu Buchstabe e

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 105. Sitzung am 15. Februar 2017 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/3155 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 81. Sitzung am 15. Februar 2017 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrag auf Drucksache 18/3155 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe** hat in seiner 50. Sitzung am 16. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/3155 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss für Gesundheit

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 34. Sitzung am 18. März 2015 die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 18/3155 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 41. Sitzung am 6. Mai 2015 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 93. Sitzung am 9. November 2016 hat der Ausschuss beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 18/8399 und 18/10247 vorbehaltlich der Überweisung der drei Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 94. Sitzung am 30. November 2016 hat der Ausschuss die Beratungen zu den Vorlagen auf den Drucksachen 18/10186, 18/8399 und 18/10247 sowie zu den Änderungsanträgen auf Ausschussdrucksache 18(14)226.1 zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 aufgenommen und beschlossen, die Änderungsanträge ebenfalls in die bereits beschlossene öffentliche Anhörung einzubeziehen. Ferner hat er die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 18/10252 aufgenommen und ebenfalls beschlossen, eine öffentlich Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung zu den Vorlagen auf den Drucksachen 18/10186, 18/8399, 18/10247 sowie zu den Änderungsanträgen auf Ausschussdrucksache 18(14)226.1 fand in der 96. Sitzung am 30. November 2016 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, AOK-Bundesverband (AOK-BV), Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV), BKK Dachverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR (biha) , Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V., Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutscher Behindertenrat, Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK), Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e. V., Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Eurocom – Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V., IKK e. V., Initiative Chronische Wunden e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), LOGO Deutschland Interessengemeinschaft selbstständiger LogopädInnen und SprachtherapeutInnen e. V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland (VGSD) e. V., Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Zentralverband der Augenoptiker (ZVA) und Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Jochen Clausnitzer, Prof. Dr. Gerhard Igl, Markus Liesmann und Prof. Dr. Günter Neubauer. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 103. Sitzung am 25. Januar 2017 hat der Ausschuss die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 fortgesetzt und beschlossen, zu den neuen Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf auf Ausschussdrucksache 18(14)226.2 sowie zu dem Antrag auf Drucksache 18/10252 eine weitere öffentliche Anhörung durchzuführen.

Diese öffentliche Anhörung fand in der 104. Sitzung am 13. Februar 2017 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., AOK-Bundesverband, Berufsverband für den Rettungsdienst e. V. (BVRD), BKK Dachverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung

und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutschen Ärztinnenbund e. V., Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, IKK e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland (VGSD) e. V., Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD) und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständiger war Dr. Dirk Göpffarth eingeladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 105. Sitzung am 15. Februar 2017 die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 18/8399, 18/10247, 18/10252 und 18/3155 abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/10186** in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf **Drucksache 18/8399** abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf **Drucksache 18/10247** abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf **Drucksache 18/10252** abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf **Drucksache 18/3155** abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10186 beschlossen. Diese betreffen insbesondere Detailregelungen zur Hilfsmittelversorgung, namentlich zum qualitätsorientierten Leistungsanspruch der Versicherten, zum Anspruch auf Sehhilfen und Wundbehandlung, zur Tätigkeit der Präqualifizierungsstellen und der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS), zur schnellen Umsetzung des Hilfsmittelverzeichnisses in die Versorgungspraxis, zu den Beratungspflichten der Leistungserbringer gegenüber den Versicherten, zur Qualitätsorientierung von öffentlichen Ausschreibungen der Krankenkassen, zur Zulässigkeit des Einsatzes externer Hilfsmittelberater und zur Veröffentlichung eines jährlichen Transparenzberichtes über Aufzahlungen der Versicherten sowie Detailregelungen zur Heilmittelversorgung, insbesondere zu den neuen Modellvorhaben zur Heilmittelverordnung, zum Zulassungsverfahren der Krankenkassen, zur Weiterbildung der Heilmittelerbringer und zur Beschleunigung der Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen sowie zum Nachweis tatsächlich gezahlter Tariflöhne und Arbeitsentgelte in den Vergütungsverhandlungen über Heilmittelleistungen.

Darüber hinaus wurden Regelungen zur Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung im Risikostrukturausgleich und zu Sondergutachten für den Risikostrukturausgleich beschlossen. Weitere Änderungsanträge betreffen den Krankengeldanspruch (Schließung einer Versorgungslücke nach einer Beschäftigung), die Beitragsbemessung für Selbständige in der GKV sowie für Notärzte im Rettungsdienst, den Leistungsumfang und die Vergütung von Hochschulambulanzen, den Datenschutz im Rahmen der Tätigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Qualitätssicherung, die Anerkennung von Kindererziehungszeiten als Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sowie Anpassungen von Berufsgesetzen hinsichtlich der Geltung des Europäischen Berufsausweises und hinsichtlich der Anforderungen an die Führung der Berufsbezeichnung des Notfallsanitäters und schließlich die finanzielle Absicherung von privat krankenversicherten selbständigen Frauen während des Mutterschutzes.

Über die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge hat der Ausschuss für Gesundheit wie folgt abgestimmt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der **Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 18(14)226.1neu** wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der **Änderungsantrag 6 auf Ausschussdrucksache 18(14)226.1neu** wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die **Änderungsanträge 1, 3, 4, 5, 7 und 8 auf Ausschussdrucksache 18(14)226.1neu** wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die **Änderungsanträge 1 bis 6 auf Ausschussdrucksache 18(14)226.2neu** wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die **Änderungsanträge 1 bis 15 auf Ausschussdrucksache 18(14)226.3** wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Ferner hat dem Ausschuss ein Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Ausschussdrucksache 18(14)226.4**, der mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt wurde, mit folgendem Inhalt vorgelegen:

„Nach Artikel 1k werden folgende Artikel 1l, 1m, 1n und 1o eingefügt:

‚Artikel 1l

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Betäubungsmittelgesetz neugefasst durch Bekanntgabe vom 01.03.1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18.07.2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. *Nach § 13 Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:*

   „(1b) Abweichend von Absatz 1 dürfen die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel durch nichtärztliches Personal des Rettungsdienstes ohne vorherige ärztliche Verschreibung und Anordnung verabreicht werden, wenn

   a. *dies zur Lebensrettung, zur Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden oder zur Beseitigung oder Linderung eines erheblichen Schmerzzustandes, der ohne die Verabreichung nicht nur kurzfristig verlängert werden würde, unaufschiebbar ist und*

   b. *der zuständige Notarzt nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist und*

   c. *der Verabreichende Inhaber einer Erlaubnis gemäß § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348) oder einer Erlaubnis gemäß § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384) ist und im Umgang mit dem verabreichten Betäubungsmittel nachweislich geschult und insbesondere in der Lage ist, die Indikation zu erkennen, die Dosierung richtig zu berechnen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen zu erkennen und mögliche Komplikationen zu beherrschen und*

   d. *wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen Körper begründet ist; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend,*

   e. *der Notfallpatient ausdrücklich oder mutmaßlich mit der Verabreichung des Betäubungsmittels in Kenntnis des Umstandes einverstanden ist, dass der Verabreichende kein Arzt, sondern Notfallsanitäter oder Rettungsassistent ist.*

   Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt. Der Verabreichende muss über eine Verabreichung gemäß Satz 1 mindestens folgende Aufzeichnungen führen:

   a. *Namen, Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht des Patienten,*

   b. *Ort, Datum und Uhrzeit der Behandlung,*

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

c. Bezeichnung und Dosierung des verabreichten Betäubungsmittels,

d. Angaben über diejenigen Tatsachen, aus denen sich das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 ergibt,

e. Name und Berufsbezeichnung des Verabreichenden,

f. Name des zum Zeitpunkt der Verabreichung zuständigen Notarztes,

g. Bezeichnung der Rettungsdiensteinrichtung, für welche der Verabreichende zum Zeitpunkt der Verabreichung tätig war sowie Bezeichnung des Rettungsmittels, auf welchem der Verabreichende zum Zeitpunkt der Verabreichung eingesetzt war.

h. Eine Ärztin oder ein Arzt ist stets zu alarmieren. Das Nähere wird durch die Verordnung im Sinne des Absatzes 3 bestimmt.“

2. *In § 29 Absatz 1 Satz 1 BtMG wird nach Nummer 6a folgende Nummer 6b neu eingefügt:*

   „6b. entgegen § 13 Absatz 1b Satz 1 ein Betäubungsmittel überlässt,“

3. *§ 29 Absatz 4 BtMG wird wie folgt gefasst:*

   „Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 5, 6 Buchstabe b, 6b, Nr. 10 oder 11 fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Im Falle der fahrlässigen Verwirklichung des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 6b wird die Tat nur auf Antrag verfolgt und es kann von einer Bestrafung abgesehen werden, wenn die Fahrlässigkeit aufgrund der konkreten Umstände der rettungsdienstlichen Einsatzsituation als gering anzusehen ist und der Patient durch Verabreichung des Betäubungsmittels keinen Schaden erlitten hat.“

Artikel 1m

Änderung des Notfallsanitätergesetzes

Das Notfallsanitätergesetz vom 22.05.2013 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 30 des Gesetzes vom 18.04.2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. *§ 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c) wird wie folgt gefasst:*

   „c) Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, einschließlich der Gabe von Medikamenten und Betäubungsmitteln im Sinne der Anlage III zu § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) gemäß § 13 Absatz 1b des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen des Notarztes oder dem Beginn der weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind oder eine nicht nur kurzfristige Verlängerung eines erheblichen Schmerzzustandes die Folge wäre.“

Artikel 1n

Änderung des Heilpraktikergesetzes

Das Heilpraktikergesetz vom 17.02.1939 (RGBl. I S. 251), das zuletzt durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. *§ 1 ist um folgenden Absatz 4 zu ergänzen:*

   „(4) Dieses Gesetz gilt nicht für solche Maßnahmen, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Sinne des § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348) gemäß § 4 des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348) oder Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten im Sinne des § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384) gemäß § 3 des Gesetzes über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384) sowie jeweils gemäß § 13 Absatz 1b des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) durchführen.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 1o

Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtMVV)

Die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtMVV) vom 20.01.1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 31.05.2016 (BGBl. I S. 1282) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. *§ 6 ist wie folgt zu ändern: Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 neu eingefügt:*

   „(4) Nach einer Verabreichung eines Betäubungsmittels gemäß § 13 Abs. 1b des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) verschreibt der zuständige Notarzt das verabreichte Betäubungsmittel im Sinne der Anlage III zu § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) unverzüglich nachträglich. Ist der Notarzt nicht der ärztlichen Überzeugung, dass die Voraussetzungen für die Verabreichung gemäß § 13 Absatz 1b Satz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) vorlagen, stellt er kein Betäubungsmittelrezept aus und führt eine Aufzeichnung, aus welcher sich der Grund für das Nichtvorliegen der Voraussetzungen ergibt. Diese Aufzeichnung ist zusammen mit der Aufzeichnung des Verabreichenden gemäß § 13 Absatz 1b Satz 3 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) und der Patienten- und Einsatzdokumentation dem zuständigen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder dem entsprechend verantwortlichen Arzt vorzulegen. Dieser entscheidet unverzüglich darüber, ob die Voraussetzungen des § 13 Absatz 1b Satz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) vorlagen. Soweit diese Voraussetzungen nach seiner ärztlichen Überzeugung vorlagen, verschreibt er das Betäubungsmittel. Anderenfalls führt auch er eine Aufzeichnung, aus welcher sich der Grund für das Nichtvorliegen der Voraussetzungen ergibt. Erfolgt keine Verschreibung des gemäß § 13 Absatz 1b Satz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) verabreichten Betäubungsmittels informiert der zuständige Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder der entsprechend verantwortliche Arzt unverzüglich die nach Landesrecht zuständige Behörde unter Vorlage einer Durchschrift aller geführten Aufzeichnungen. Die Originale der Aufzeichnungen sind für die Dauer von drei Jahren vom zuständigen Träger des Rettungsdienstes aufzubewahren. Der zuständige Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder der entsprechend verantwortliche Arzt führt eine Statistik über Verabreichungen von Betäubungsmitteln gemäß § 13 Absatz 1b Satz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358). Aus der Statistik müssen sich mindestens ergeben:

   1. *Anzahl der Fälle innerhalb eines Jahreszeitraums, in welchem Betäubungsmittel gemäß § 13 Absatz 1b Satz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358) verabreicht wurden,*
   2. *Berufszugehörigkeit des Verabreichenden,*
   3. *Bezeichnung des verwendeten Betäubungsmittels oder Wirkstoffs sowie die verwendeten Dosierungen,*
   4. *Art des Notfalls und Indikation für die Verabreichung des Betäubungsmittels,*
   5. *Zeitdauer zwischen Verabreichung des Betäubungsmittels und Eintreffen des Notarztes,*
   6. *Erfolg oder Misserfolg der Verabreichung des Betäubungsmittels, insbesondere aufgetretene Komplikationen.*

   Diese Statistik ist einmal im Kalenderjahr an die nach Landesrecht zuständige Behörde zu übermitteln.“

   Aus dem bisherigen Absatz 4 wird Absatz 5.‘

Begründung:

Die Zielsetzung des Änderungsantrages ist, dass auch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten im Falle der Nicht-Erreichbarkeit oder der nicht rechtzeitigen Erreichbarkeit einer Notärztin oder eines Notarztes selbst und rechtssicher Betäubungsmittel verabreichen dürfen. Ein typisches Anwendungsbeispiel ist etwa eine Person mit sehr starken Schmerzen, die ohne diese Rechtsänderung bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes keine wirksame Schmerztherapie erhalten könnte.

Zur Begründung im Einzelnen:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

a. Zu Artikel 1l (§ 13 Abs. 1b BtMG-E)

Die neue Regelung betrifft eine Ausnahme von dem Prinzip, dass Betäubungsmittel nur im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung verabreicht werden dürfen. Hier wird erstmalig die Verabreichung aufgrund einer eigenständigen Entscheidung durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal geregelt. Eine solche Regelung ist zur Schaffung von Rechtssicherheit sowohl im Interesse des handelnden nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals als auch der Notfallpatienten geboten, da das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal insbesondere in ländlichen Gebieten häufig vor dem Notarzt an der Einsatzstelle eintrifft und eigenständige Entscheidungen treffen muss. Da Rettungsassistenten und vor allem Notfallsanitäter aufgrund ihrer Ausbildung in der Regel in der Lage sind, eine Analgesie mit Betäubungsmitteln gemäß Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG durchzuführen, sind sie aufgrund ihrer Garantenstellung im Sinne des § 13 Abs. 1 StGB auch zu einem entsprechenden Handeln verpflichtet. Dies führt aber dazu, dass sie sich in ein Spannungsfeld zwischen betäubungsmittelrechtlicher Strafbarkeit einerseits und Unterlassensstrafbarkeit andererseits begeben. Deshalb ist es sowohl im Interesse der Notfallpatienten als auch des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals geboten, eine eindeutige Handlungsgrundlage in § 13 BtMG aufzunehmen.

Hierbei ist es aber zur Aufrechterhaltung der Schutzgüter des Betäubungsmittelgesetzes angesichts des Umstandes, dass kein Arzt die Entscheidung über die Indikation trifft und die Verabreichung im konkreten Einzelfall anordnet, erforderlich, enge Voraussetzungen zu schaffen und diese möglichst konkret zu formulieren.

Die Voraussetzungen gemäß Satz 1 Nr. 1 des § 13 Abs. 1 Buchstabe b BtMG-E sollen dabei sicherstellen, dass die Anwendung des Betäubungsmittels auf bestimmte, schwerwiegende Fallkonstellationen beschränkt ist. Dabei ist die Linderung eines Schmerzzustandes als eigenständiges Tatbestandsmerkmal zu nennen, weil eine solche nicht zwingend zur Lebensrettung oder Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden erforderlich sein muss, es sich aber um eine wesentliche Maßnahme zum Schutz des Rechtsgutes „Gesundheit" des Notfallpatienten und gleichzeitig um einen der häufigsten Anwendungsfälle handelt. Um auch hier deutlich zu machen, dass nicht zur Bekämpfung eines jeden Schmerzzustandes die Gabe von opioidhaltigen Medikamenten zulässig ist, erfolgt eine Einschränkung auf „erhebliche Schmerzzustände". Wann ein solcher erheblicher Schmerzzustand vorliegt, wird der Rettungsassistenten bzw. der Notfallsanitäter im Einzelfall sowohl anhand objektiver medizinischer Kriterien als auch anhand des subjektiven Schmerzempfindens des Patienten zu beurteilen haben. Neben dieser qualitativen Komponente des Schmerzzustandes muss auch eine zeitliche Komponente hinzukommen, und zwar dergestalt, dass der Schmerzzustand ohne die Verabreichung des Betäubungsmittels durch den Rettungsassistenten bzw. den Notfallsanitäter nicht nur kurzfristig verlängert werden würde. D.h., dass auch eine kurzfristige Verlängerung eines erheblichen Schmerzzustandes in Kauf zu nehmen ist, wenn in Kürze mit dem Eintreffen des Notarztes zu rechnen ist. Welcher Zeitraum als kurzfristig zu bezeichnen ist, muss ebenfalls anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls entschieden werden. Dabei spielt neben dem Zeitraum bis zum Eintreffen des Notarztes auch die Schwere des vom Patienten zu ertragenden Schmerzes eine Rolle. Ein weiterer Aspekt kann die mit dem Schadensereignis für den Patienten einhergehende psychische Belastung sein. Darüber hinaus muss die entsprechende Medikation „unaufschiebbar" sein, d.h. ein weiteres Zuwarten ist nach objektiven medizinischen Kriterien nicht vertretbar.

An die Voraussetzung der unaufschiebbaren Medikation knüpft Satz 1 Nr. 2 des § 13 Abs. 1 Buchstabe b BtMG-E an, wonach der zuständige Notarzt nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar sein darf. Daraus folgt, dass der Rettungsassistent bzw. der Notfallsanitäter, welcher die Gabe eines opioidhaltigen Medikaments für erforderlich hält, in jedem Fall zuvor einen Notarzt alarmiert bzw. nachalarmiert haben muss, was explizit nochmals in § 13 Abs. 1 Buchstabe b Satz 3 BtMG geregelt wird. Erst dann kann nämlich der Zeitraum abgeschätzt werden, der noch bis zum Eintreffen des Notarztes an der Einsatzstelle vergeht. Dies wiederum ist gemeinsam mit der Beurteilung des Verletzungs- bzw. Krankheitsbildes des Notfallpatienten die Voraussetzung und Grundlage für die sachgerechte Entscheidung, ob die Medikation unaufschiebbar ist oder nicht. Gleichzeitig ergibt sich aus der Formulierung, dass der zuständige Notarzt nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist das Erfordernis des Versuchs einer Kontaktaufnahme des Rettungsassistenten bzw. des Notfallsanitäters zum Notarzt über die Leitstelle bzw. über Funk oder Mobilfunk. Ist der Notarzt nämlich erreichbar, kann er nach einer Schilderung des konkreten Zustandes des Notfallpatienten möglicherweise bereits auf der Anfahrt zur Einsatzstelle die Gabe des opioidhaltigen Medikaments gemäß § 13 Abs. 1 BtMG anordnen. In diesem Fall handelt der Rettungsassistent bzw. der Notfallsanitäter im Rahmen einer ärztlichen Behandlung. Diese muss stets Vorrang vor einer eigenständigen Entscheidung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals gemäß § 13 Abs. 1 Buchstabe b BtMG-E haben, so

dass die vorgeschlagene neue Regelung des § 13 Abs. 1 Buchstabe b BtMG-E als subsidiär zu verstehen ist. Eine nicht rechtzeitige Erreichbarkeit kann im Übrigen auch dann vorliegen, wenn dem Rettungsassistenten bzw. dem Notfallsanitäter im konkreten Fall keine Zeit mehr bleibt, um den Notarzt nachzualarmieren, ohne dass erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Patienten zu befürchten sind.

Durch die Festlegung auf die erforderliche Berufsqualifikation zum Rettungsassistenten oder zum Notfallsanitäter gemäß Satz 1 Nr. 3 des § 13 Abs. 1 Buchstabe b BtMG-E soll sichergestellt werden, dass nur Angehörige der am höchsten qualifizierten nichtärztlichen Berufsbilder im Rettungsdienst aufgrund einer eigenständigen Entscheidung Betäubungsmittel verabreichen dürfen. Rettungssanitäter und Rettungshelfer bieten mit Blick auf ihre Ausbildung keine ausreichende Gewähr dafür, dass die Betäubungsmittel sicher eingesetzt und eventuell auftretende Komplikationen beherrscht werden. Diese Regelung soll also einerseits Leben und Gesundheit der Notfallpatienten ausreichend schützen und andererseits der Sicherstellung des Schutzgutes des Betäubungsmittelgesetzes dienen, indem der berechtigte Personenkreis möglichst geringgehalten wird.

§ 13 Abs. 1 Buchstabe b Satz 1 Nr. 4 BtMG-E greift die auch für den Arzt geltende Voraussetzung der bergründeten Anwendung im oder am menschlichen Körper gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 BtMG auf. Es ist kein Grund ersichtlich, warum diese Voraussetzung nicht auch für das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal gelten sollte. Diese Voraussetzung beabsichtigt den bestmöglichen Schutz von Leben und Gesundheit der betroffenen Patienten sowie die Verhinderung des Missbrauchs, weil dadurch eine Gabe von opioidhaltigen Medikamenten verboten wird, wenn der Therapiezweck auch durch die Gabe von nichtopioidhaltigen Medikamenten erreicht werden kann. Dieser Zweck muss auch weiterhin unabhängig davon gewährleistet werden, ob der Verabreichende bzw. der Anordnende Arzt oder Rettungsassistent bzw. Notfallsanitäter ist.

Die in § 13 Abs. 1b Satz 1 Nr. 5 BtMG-E genannte Voraussetzung, dass der Patient ausdrücklich oder mutmaßlich mit der Verabreichung des Betäubungsmittels in Kenntnis des Umstandes einverstanden sein muss, dass der verabreichende kein Arzt, sondern Notfallsanitäter oder Rettungsassistent ist, soll die Patientenautonomie in besonderem Maße gewährleisten. In der Regel ist der Behandelnde nicht verpflichtet, über seine konkrete Qualifikation aufzuklären. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Patient für den Behandelnden erkennbar von falschen Voraussetzungen ausgeht. Da es aber in der rettungsdienstlichen Praxis nicht selten vorkommen mag, dass das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal entweder für ärztliches Personal gehalten wird oder dass sich der Patient oder die Patientin hierüber überhaupt keine Gedanken macht, soll er, soweit er ansprechbar ist, in die Lage versetzt werden zu entscheiden, ob er der Entscheidung des Rettungsassistenten bzw. des Notfallsanitäters über die Erforderlichkeit und die Dosierung des Betäubungsmittels vertraut und sich auch für den Fall eventuell auftretender Komplikationen in dessen Hände begeben will. Dass der Rettungsassistent bzw. der Notfallsanitäter über den therapeutischen Nutzen einerseits und die typischen sowie schwerwiegenden Risiken der Betäubungsmittelgabe andererseits aufzuklären hat, bedarf keiner expliziten Regelung, da es sich hierbei um das allgemeine, stets geltende Erfordernis der ordnungsgemäßen Aufklärung zur Herbeiführung einer wirksamen Einwilligung handelt.

Das Dokumentationserfordernis gemäß Satz 2 von § 13 Abs. 1 Buchstabe b) BtMG-E ist angelehnt an die Vorgaben zur Dokumentation in § 13 Abs. 1 Satz 4 BtMG. Hierdurch sollen einerseits die konkreten Umstände der Betäubungsmittelgabe nachvollziehbar und überprüfbar gemacht werden. Andererseits soll der Verabreichende durch die Dokumentation angehalten werden, die konkreten Umstände seines Handelns und insbesondere die gesetzlichen Voraussetzungen zu überdenken. Hierdurch soll eine nur routinemäßige Gabe des opioidhaltigen Medikaments ohne konkrete Prüfung des Einzelfalls im Interesse des Notfallpatienten verhindert werden.

b. Zu Artikel 1l (§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, Abs. 4 BtMG-E)

Die Ergänzung in § 29 Abs. 1 Satz 1 BtMG mit Nr. 6 Buchstabe b) um § 13 Abs. 1b BtMG-E ist eine notwendige Vervollständigung des Gesetzestextes. Das Gleiche gilt für die Ergänzung in § 29 Abs. 4 Satz 1 BtMG-E. Durch die Einfügung von § 29 Abs. 4 Satz 2 BtMG-E soll das Strafbarkeitsrisiko für den Rettungsassistenten bzw. für den Notfallsanitäter reduziert werden, indem einerseits ein Strafantrag Verfolgungsvoraussetzung ist und andererseits unter bestimmten Voraussetzungen von der Bestrafung abgesehen werden kann. Hiermit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal häufig innerhalb sehr kurzer Zeit und in stressigen und belastenden Situationen Entscheidungen über einzuleitende medizinische Maßnahmen treffen muss, ohne jedoch über das im Rahmen eines Medizinstudiums vermittelte Wissen zu verfügen. Hierdurch kann es im Einzelfall zu fahrlässig falschen Entscheidungen über die Gabe des opioidhaltigen Medikaments kommen. Deshalb erscheint es sachgerecht, das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal zumindest im Falle leichter

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Fahrlässigkeit zu privilegieren. Um hier zunächst eine objektive Bewertung des Einzelfalls sicherzustellen, soll eine gerichtliche Bewertung sichergestellt werden. Nur ein Strafgericht kann nämlich über die Strafe oder das Absehen von Strafe entscheiden.

Andererseits ist zu bedenken, dass im Interesse der Notfallpatientin oder des Notfallpatienten auch von dem nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal ein standardgerechtes und damit sorgfältiges Handeln zu gewährleisten ist, wie es auch in Bezug auf den Notarzt gilt. Deshalb sind mittlere Fahrlässigkeit und grobe Fahrlässigkeit in jedem Fall sanktionswürdig.

Durch die vorgeschlagene Formulierung wird nach hier vertretener Auffassung ein angemessener Ausgleich zwischen dem durch die besondere Einsatzsituation gebotenen Schutz des Rettungsassistenten bzw. des Notfallsanitäters und dem Schutz der Rechtsgüter des Notfallpatienten sowie den Schutzgütern des Betäubungsmittelgesetzes gewährleistet.

c. Zu Artikel 1m (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG-E)

Vorab ist zu bemerken, dass eine Änderung des Notfallsanitätergesetzes auf den ersten Blick nicht zwingend erforderlich erscheint. Die vorgeschlagene Formulierung dient aber einerseits der Klarstellung und damit der Schaffung weitergehender Rechtssicherheit. Andererseits wird die Ausbildung im Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln im Sinne der Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG zwingend und folglich flächendeckend gewährleistet, so dass die Ergänzung einen berechtigten Zweck verfolgt.

Zu überlegen ist dabei, ob § 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG oder § 4 Abs. 2 Nr. 2 NotSanG zu ergänzen ist. Die Gabe von Medikamenten ist grundsätzlich als ärztliche Aufgabe zu verstehen, da sie ärztliches Fachwissen erfordert. Deshalb scheint auf den ersten Blick viel dafür zu sprechen, insbesondere die Gabe von opioidhaltigen Medikamenten als „Aufgabe im Rahmen der Mitwirkung" im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 2 NotSanG einzustufen. Dies wiederum hätte jedoch den Nachteil, dass die Gabe des gleichen opioidhaltigen Medikaments für das gleiche Zustandsbild in verschiedenen Rettungsdienstbereichen durch den zuständigen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder den entsprechend verantwortlichen Arzt unterschiedlich geregelt werden kann. Selbst wenn dies der Fall wäre, wäre der Rettungsassistent bzw. der Notfallsanitäter gemäß § 13 Abs. 1b BtMG-E bei Vorliegen der Voraussetzungen berechtigt, das Betäubungsmittel zu verabreichen. Die Einordnung dieser Maßnahme als „Aufgabe im Rahmen der Mitwirkung" machte deshalb keinen Sinn.

Geboten ist es vielmehr, die Gabe opioidhaltiger Medikamente als „eigenverantwortliche Aufgabe" im Sinne des § 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG zu qualifizieren. Dies ist auch nicht systemwidrig, da § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c) NotSanG bereits invasive, und damit in der Regel ärztliche Maßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen zulässt. Die Verabreichung von Medikamenten ist aber nur ein Unterfall der invasiven Maßnahmen. Dies schließt die Gabe von Betäubungsmitteln ein. Insofern macht es nach hier vertretener Auffassung Sinn, Letztere durch einen klarstellenden Halbsatz nach „invasiven Maßnahmen" in das Gesetz aufzunehmen.

Da der Hauptanwendungsfall der Verabreichung von Betäubungsmitteln durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal in der Analgesie liegt, bedarf es auch einer Ergänzung der in § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c) NotSanG genannten Voraussetzungen für die Durchführung von invasiven Maßnahmen. Die Bekämpfung eines Schmerzzustandes muss nämlich nicht zwingend mit einem lebensgefährlichen Zustand des Patienten einhergehen oder der Verhinderung wesentlicher Folgeschäden dienen. Um auch hier – wie bereits bei § 13 Abs. 1b Satz 1 Nr. 1 BtMG-E – die Betäubungsmittelgabe durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal nicht zu weit zu öffnen und das Schutzziel des Betäubungsmittelgesetzes sowie die Schutzgüter „Leben" und „Gesundheit" des Notfallpatienten durch eine nur routinemäßige Gabe bei jeder Art des Schmerzzustandes zu gefährden, bedarf es auch an dieser Stelle einer qualitativen und quantitativen Beschränkung der zulässigerweise zu behandelnden Schmerzzustände. Die Formulierung muss dabei – wie hier vorgeschlagen – konform zu der des § 13 Abs. 1b Satz 1 Nr. 1 BtMG sein.

Durch die klarstellende Aufnahme der Verabreichung von Betäubungsmitteln durch Notfallsanitäter in das Notfallsanitätergesetz wird außerdem gewährleistet, dass diese Maßnahme zum Ausbildungsgegenstand wird. Wenngleich dies bereits im sog. Pyramidenprozess vereinbart worden ist, kann nur durch die Aufnahme in das Gesetz erreicht werden, dass die Ausbildung insoweit zwingend ist. Die Vereinbarung im Pyramidenprozess 1 hat juristisch keine Bindungswirkung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

d. Zu Artikel 1n (§ 1 Abs. 4 HeilprG-E)

Die Einfügung des vorgeschlagenen Absatzes 4 in § 1 HeilprG ist wiederum nicht zwingend, weil sowohl das Betäubungsmittelgesetz als auch das Notfallsanitätergesetz dem Heilpraktikergesetz nach den Grundsätzen lex speciales derogat legi generali und lex posterior derogat legi priori vorgeht. Da es sich bei dem jüngeren RettAssG und dem jüngeren Notfallsanitätergesetz um die gegenüber dem Heilpraktikergesetz spezielleren Vorschriften handelt, steht dem hier auch nicht der Grundsatz lex posterior generalis non derogat legi priori speciali entgegen. Andererseits fügt sich der vorgeschlagene Absatz 4 in die durch § 13 Abs. 1 Buchstabe b BtMG-E und § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c NotSanG-E geschaffene Rechtslage ein und klärt die in der Praxis seit langem bestehende Unsicherheit, ob die Durchführung invasiver Maßnahmen (früher sog. Notkompetenzmaßnahmen) einen Verstoß gegen das Heilpraktikergesetz darstellt oder nicht. Da dies, wie die Begründung zum Notfallsanitätergesetz zeigt, nicht dem gesetzgeberischen Willen entspricht, und im Übrigen systemwidrig wäre und gegen den Grundsatz der Einheit der Rechtsordnung verstieße, erscheint eine ausdrückliche Regelung zur Schaffung von mehr Rechtssicherheit wünschenswert.

e. Zu Artikel 1o (§ 6 Abs. 4 BtMVV-E)

Neben dem Betäubungsmittelgesetz ist auch die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung anzupassen. Da es sich bei der mit § 13 Abs. 1b BtMG-E vorgeschlagenen Änderungen um eine Ausnahme von dem ansonsten geltenden Grundsatz der Verabreichung durch einen Arzt oder im Rahmen einer ärztlichen Behandlung aufgrund einer Verschreibung handelt, kann entsprechend keine Verschreibung durch den Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter erfolgen. Deshalb muss die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung im Zusammenhang mit den für den Rettungsdienst geltenden Regelungen in § 6 auf diese Ausnahme eingehen.

Systematisch ist diese Ausnahmeregelung nach den Absätzen 1 bis 3, die sich mit der Beschaffung für die Rettungsdiensteinrichtung befassen, einzufügen. Der bisherige Absatz 4 regelt ebenfalls eine Ausnahmesituation, nämlich den Großschadensfall. Deshalb erscheint es sinnvoll, die hier in Rede stehende Ausnahme, die Einsatzsituationen im Regel-Rettungsdienst betrifft, vorher, also in einem neuen Absatz 4, zu regeln.

Um entsprechend dem ansonsten im Betäubungsmittelrecht geltenden Prinzip der Verabreichung von Betäubungsmitteln nur aufgrund eines Betäubungsmittelrezeptes nachzukommen und um gleichzeitig eine ärztliche Kontrolle des Handelns des Rettungsassistenten bzw. des Notfallsanitäters zu gewährleisten, sieht § 6 Abs. 4 Satz 1 BtMVV-E eine unverzügliche nachträgliche Verschreibung durch den für den Einsatz zuständige Notarzt vor. Unverzüglich ist dabei als ein Handeln ohne schuldhaftes Zögern zu verstehen (§ 121 BGB). Da es aber vorstellbar ist, dass der Notarzt mit Blick auf die Begründetheit der Verabreichung des Betäubungsmittels eine andere medizinische Meinung vertritt als das verabreichende nichtärztliche Rettungsdienstpersonal, kann er nicht entgegen seiner ärztlichen Überzeugung zum Ausstellen eines Betäubungsmittelrezeptes verpflichtet werden, zumal er dies rechtlich auch zu verantworten hätte. Deshalb ist es zur Gewährleistung einer möglichst objektiven Überprüfung im Interesse aller beteiligten Personen nach hier vertretener Ansicht geboten, für den Fall einer Meinungsverschiedenheit zwischen dem handelnden nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal und dem zuständigen Notarzt eine zweite medizinische Entscheidungsinstanz einzuführen. Hierbei sollte es sich um den Arzt handeln, der ohnehin für die Qualitätssicherung im Rettungsdienst zuständig und entsprechend ausgebildet ist und dem auch gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 NotSanG hinsichtlich der Übertragung weiterer heilkundlicher Maßnahmen besondere Verantwortung zukommt. Dies ist der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder ein entsprechend verantwortlicher Arzt (§ 6 Abs. 4 Satz 2 bis Satz 5 BtMVV-E), der ebenfalls eine unverzügliche Entscheidung zu treffen hat, um schnellstmöglich Rechtssicherheit zu schaffen und es dem Rettungsassistenten bzw. dem Notfallsanitäter zu ermöglichen, sein Verhalten in vergleichbaren künftigen Situationen im Interesse des Patienten und zur Sicherstellung der Schutzgüter des Betäubungsmittelgesetzes entsprechend anzupassen.

Damit sowohl der zuständige Notarzt als auch gegebenenfalls der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder ein entsprechend verantwortlicher Arzt eine ausreichende Entscheidungsgrundlage haben, ist in § 6 Abs. 4 BtMVV-E vorgesehen, dass jeweils alle mit dem in Rede stehenden Einsatz im Zusammenhang stehenden Dokumentationen vorgelegt werden müssen. Gleichzeitig wird hierdurch nochmals die Erstellung der Dokumentation zwingend vorausgesetzt und der handelnde Rettungsassistent bzw. Notfallsanitäter im eigenen Interesse angehalten, ausführlich und sorgfältig zu dokumentieren. Allerdings müssen zur Gewährleistung einer möglichst objektiven Entscheidung sowie zur Verbesserung der Qualität des nichtärztlichen Handelns sowohl der Notarzt als auch der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder der entsprechend verantwortliche Arzt ihre medizinische Auffassung begründen und dokumentieren (§ 6 Abs. 4 Satz 2, Satz 2 und Satz 6 BtMVV).

Die Weitergabe der Dokumentation an die nach Landesrecht zuständige Behörde für den Fall, dass auch der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder der entsprechend verantwortliche Arzt der Verabreichung des Betäubungsmittels durch den Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter nicht zustimmt, ist von der Grundidee der Regelung des bisherigen § 6 Abs. 4 BtMVV entnommen. Hierdurch wird zwar sowohl für den jeweiligen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder der entsprechend verantwortliche Arzt als auch für die jeweils nach Landesrecht zuständige Behörde zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht. Dieser erscheint jedoch angemessen, da eine Überprüfung des nichtärztlichen Handelns erfolgen muss und außerdem nur so eine Auswertung der Verabreichung von Betäubungsmitteln durch Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter im Rettungsdienst erfolgen kann. Hieran knüpft auch die Regelung in § 6 Abs. 4 Satz 9 bis Satz 11 BtMVV-E an, wonach eine entsprechende Statistik für den jeweiligen Rettungsdienstbereich unter der Verantwortung des zuständigen Ärztlichen Leiters Rettungsdienst oder des entsprechend verantwortlichen Arztes zu erstellen ist. Die Verpflichtung, diese Statistik einmal im Jahr an die nach Landesrecht zuständige Behörde zu übermitteln, soll eine landesweite Übersicht und damit eine bessere Auswertung ermöglichen.“

Zu dem Themenkomplex Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung lagen dem Ausschuss für Gesundheit Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen nach § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages angefordert hatte. Die Petitionen wurden in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss über das Ergebnis entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, Politik beginne mit dem Betrachten der Wirklichkeit. Mit diesem Gesetz werde die dringend benötigte Verbesserung der Hilfsmittelversorgung erzielt. Die Schere zwischen Qualität und Preis sei bei den Hilfsmitteln auseinandergegangen. Es sei weder kontrolliert noch Sanktionen ergriffen worden. Die Qualität werde daher künftig zu 50 Prozent bei den öffentlichen Ausschreibungen berücksichtigt. Dies sei ein wichtiger Schritt, um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen. Aufgabe der Politik sei es nun, die Einhaltung dieser neuen Bestimmungen und damit die Berücksichtigung der Qualität zu begleiten. Bei den Heilmitteln habe man in den letzten Jahren eine Abwanderung von Fachkräften beobachtet, was in einigen Regionen zu einer Mangelversorgung geführt habe. Zu einer guten Therapie gehöre nicht nur die Operation, sondern auch die Nachsorge. Dazu werde die Pflege- aber auch die Reinigungskraft im Krankenhaus gebraucht. Insgesamt würden die Gesundheitsberufe im Wertschöpfungsprozess stärker berücksichtigt. Im Rahmen von Änderungsanträgen haben man sich zudem dafür eingesetzt, dass Einnahmen von Tätigkeiten als Notarzt unter bestimmten Voraussetzungen von den Beiträgen zur Sozialversicherung ausgenommen würden. Diese Befreiung gelte ab dem Inkrafttreten des Gesetzes unabhängig davon, ob eine Tätigkeit zukünftig als selbstständige Tätigkeit oder im Rahmen einer Beschäftigung ausgeübt werde. Das neue Gesetz beinhalte zudem eine bedeutende Erweiterung des Mutterschutzes. Private Krankenkassen könnten nun Tarife gestalten, die schwangeren Selbstständigen endlich die finanzielle Absicherung für die Zeit der Mutterschaft ermöglicht. Das HHVG schaffe außerdem für Mütter mit Anspruch auf eine gesetzliche Rente einen besseren Zugang zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Hierfür sollten künftig die Kindererziehungszeiten angerechnet werden.

Die **Fraktion der SPD** ergänzte, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf habe man die Kritik der Menschen an der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln aufgenommen. Deshalb sei dieses Gesetz so wichtig und auch herausragend. Dies umso mehr, weil der Koalitionsvertrag hierzu keine Aussage getroffen habe. Gerade bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, beispielsweise bei den Inkontinenzhilfen, sei es erschreckend gewesen, welche Versorgung und welche Versorgungsqualität letztendlich bei den Betroffenen, den chronisch kranken, behinderten oder alten Menschen angekommen sei. Künftig werde die Qualität von Hilfsmitteln und nicht der Preis, wie es bisher üblich gewesen sei, stärker im Fokus stehen. Hierzu seien die Ausschreibungsverfahren konkretisiert worden. Außerdem könne künftig für individuell angefertigte Hilfsmittel und Hilfsmittel mit hohem Beratungsaufwand die Ausschreibung entfallen. Zudem würden durch die eingebrachten Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen für die Gesundheitsberufe Verbesserungen bringen. Die neuen Modellvorhaben zur Heilmittelverordnung, die sogenannten Blankoverordnungen, könnten weitere Hinweise zu einer möglichen Übernahme in die Regelversorgung liefern.

Die **Fraktion DIE LINKE.** merkte an, das Gesetz bringe einige Verbesserungen für die Betroffenen und für die Berufsgruppen, insbesondere die Heilmittelerbringer. Der Gesetzentwurf sei zudem im Laufe des parlamentarischen Beratungsprozesses positiv verändert worden. Das Gesetz gehe allerdings nicht weit genug, dies zeigten

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die zahlreichen Petitionen von Betroffenen. Vor allem der Preiswettbewerb bei Ausschreibungen sei auf Kosten der Betroffenen ausgetragen worden. Änderungen in diesem Bereich seien überfällig gewesen. Dies hätten auch die Kostenträger erkannt. Für die Heilmittelerbringer sei es bedauerlich, dass der Wegfall der Grundlohnsummenanbindung auf drei Jahre befristet sei. Hier seien mutigere Schritte nötig. Bei den Blankorezepten zeigten die Modellvorhaben, dass man in die Regelversorgung übergehen könne. Stattdessen sei es erforderlich, endlich Modellversuche zum Direktzugang zu Heilmittelerbringern aufzulegen. Bei den Hilfsmitteln bleibe leider das Instrument der Ausschreibungen und die Ursache der Missstände bestehen. Zudem lehne man die Ausnahme der Notärztinnen und Notärzte aus der Sozialversicherungspflicht ab. Man dürfe Angebot und Nachfrage der dringend benötigten Fachkräfte nicht über das Beitragssystem der Sozialversicherung regeln.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** war der Auffassung, dass das Gesetz einige Verwerfungen, die es durch die Einführung des Vergabeverfahrens für Hilfsmittel durch die letzte Große Koalition gegeben habe, auffange, indem künftig nicht für den gesamten Hilfsmittelbereich Ausschreibungen erforderlich seien. Die längst überfällige Anpassung des Hilfsmittelverzeichnisses müsse nun aber zügig erfolgen. Nach wie vor müsse die Versorgung von Menschen mit Behinderung mit Heil- und Hilfsmitteln verbessert werden. Dass die Blankoverordnung nicht in die Regelversorgung übernommen werde sei bedauerlich. Auch die Regelung zur Beitragsbemessung für Notärzte im Rettungsdienst sei nicht überzeugend. Da die Heilmittelerbringer in Zukunft immer wichtiger würden, sei eine valide Datengrundlage dringend notwendig. Nur so könne das künftige Versorgungsgeschehen richtig beurteilt und eingeschätzt werden. Eine Forderung der Fraktion sei, den Morbi-RSA erneut zu evaluieren und auf Basis dieser Erkenntnisse zu reformieren, um einen wirklich fairen Wettbewerb der Kassen zu ermöglichen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 18/10186 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 0a

Zu Buchstabe a (§ 5 SGB V – Krankengeldanspruch zwischen Ende Beschäftigung und ALG-Bezug)

Mit der gesetzlichen Änderung wird eine Versorgungslücke beim Krankengeld zwischen dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem Bezug von Arbeitslosengeld geschlossen, die in bestimmten Fallkonstellationen auftritt, wenn im Anschluss an ein Beschäftigungsverhältnis der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches – SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht und während des ersten Monats dieser Ruhenszeit Arbeitsunfähigkeit eintritt.

Mit dem Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht wird erreicht, dass künftig grundsätzlich bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Diese Versicherungspflicht beginnt frühestens mit dem Tag, an dem Arbeitslosengeld allein aufgrund des Ruhens wegen einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung nicht bezogen wird und somit die übrigen Anspruchsvoraussetzungen sowie der Antrag auf Arbeitslosengeld vorliegen.

Die Rechtsänderung führt zu keinen zusätzlichen finanziellen Belastungen im Haushalt der Bundesagentur für Arbeit.

Die Aufzählung des Unterhaltsgeldes als vormalige Entgeltersatzleistung der Arbeitsförderung ist durch die Überführung zum 1. Januar 2005 in das Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB III) entbehrlich.

Zu Buchstabe b (§ 5 SGB V – Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Krankenversicherung der Rentner)

Personen mit Anspruch auf eine gesetzliche Rente haben Zugang zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR), wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums (Vorversicherungszeit) selbst Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder familienversichert waren.

Dies kann zur Folge haben, dass wegen der Betreuung von Kindern diese Vorversicherungszeit nicht erfüllt wird, weil der betreuende Elternteil in dieser Zeit nicht gesetzlich krankenversichert war. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Ehe- oder Lebenspartner des betreuenden Elternteils nicht Mitglied der GKV ist, weil er/sie z. B. Beamter/Beamtin ist und damit über seinen/ihren Beihilfeanspruch und eine ergänzende private Krankenversicherung abgesichert ist und deshalb eine beitragsfreie Familienversicherung für den betreuenden Elternteil ausgeschlossen ist. Es besteht für den betreuenden Elternteil bei vorheriger Versicherung in der GKV dann nur die Möglichkeit, die Versicherung in der GKV im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft fortzusetzen und darüber auch anrechenbare Zeiten für die KVdR zu erhalten. Für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV sind eigene Beiträge zu entrichten. Dies kann Mütter oder Väter benachteiligen, die ihre Beschäftigung für die Kindererziehung zeitweise unterbrechen und nicht die Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung haben.

Mit der gesetzlichen Regelung werden pauschal drei Jahre für jedes Kind auf die Vorversicherungszeit der KVdR angerechnet. Kinder im Sinne der Vorschrift sind leibliche Kinder und ihnen gleichgestellte Adoptivkinder (§ 1754 des Bürgerlichen Gesetzbuches). Eine Anrechnung erfolgt auch bei Stiefkindern sowie bei Pflegekindern im Sinne von § 56 Absatz 2 Nummer 2. Zur Vermeidung von Mehrfachbegünstigungen ist die Anrechnung auf die direkt nachfolgende Generation von Kindern begrenzt.

Zu Nummer 0b (§ 24i SGB V – Krankengeldanspruch zwischen Ende Beschäftigung und ALG-Bezug)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum geänderten § 5 Absatz 1 Nummer 2.

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) wurde mit Wirkung vom 23. Juli 2015 der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ausdrücklich auch auf diejenigen Frauen erstreckt, die zu Beginn der Mutterschutzfrist allein deshalb keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 157 SGB III wegen einer Urlaubsabgeltung oder nach § 159 SGB III wegen einer Sperrzeit ruht und daher eine Mitgliedschaft mit einem Krankengeldanspruch nicht begründet werden kann (§ 24i Absatz 1 Satz 2 Nummer 2).

Mit der Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 2 besteht für diese Frauen nun eine Pflichtversicherung, die einen Anspruch auf Krankengeld beinhaltet. Damit besteht nach § 24i Absatz 1 Satz 1 auch der Anspruch auf Mutterschaftsgeld, so dass die Regelung des § 24i Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 obsolet ist. Infolge dessen ist § 24i Absatz 1 Satz 2 mit dem Inhalt der verbleibenden Regelung des bisherigen § 24i Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 neu zu fassen.

Zu Nummer 1 (§ 31 SGB V – Klarstellung bzgl. Aufsaugen von Körperflüssigkeiten sowie technische Anpassung wegen vorgesehener Änderungen im AMVSG)

Es wird klargestellt, dass sich die Hauptwirkung des Aufsaugens auf Körperflüssigkeiten oberflächengeschädigter Körperteile bezieht. Inkontinenzartikel fallen nicht unter die Verbandmitteldefinition.

Zu Nummer 2 (§ 33 SGB V – Anspruch auf qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung; Anspruch auf Sehhilfen; Klarstellung zur Beauftragung externer Hilfsmittelberater)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung stellt klar, dass Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel haben, die mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen. Dies gilt auch für Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sich aber hinsichtlich ihrer Funktion bzw. medizinischen Zweckbestimmung grundsätzlich einer Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses zuordnen lassen.

Sind Hilfsmittel nicht vom Hilfsmittelverzeichnis erfasst, greift die Regelung dagegen nicht. Damit ist sichergestellt, dass der Leistungsanspruch auf Hilfsmittel wie bisher auch Hilfsmittel umfasst, die keiner im Hilfsmittelverzeichnis bereits definierten Produktart zugeordnet werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Entspricht dem bisherigen Gesetzestext.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Unter Beibehaltung des grundsätzlichen Leistungsausschlusses bezüglich der Versorgung mit Sehhilfen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird die Ausnahmeklausel erweitert. Die bisherige Ausnahmeklausel, die ausschließlich auf die Sehbeeinträchtigung mit bestmöglicher Korrektur abstellt, hat den anspruchsberechtigten Personenkreis über das vom Gesetzgeber beabsichtigte Maß hinaus eingeschränkt. Darauf hat die aktuelle Rechtsprechung hingewiesen (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2016, Az. B 3 KR 21/15 R).

Die Nummer 1 des § 33 Absatz 2 Satz 2 beinhaltet den Anspruch auf Sehhilfen, wenn bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 (Visus < 0,3) nach ICD 10-GM 2017 gegeben ist.

Die Nummer 2 erweitert den Anspruch auf Sehhilfen auch auf Versicherte, die schwere Sehbeeinträchtigungen aufweisen, aber mit häufig kostenaufwändigen Brillengläsern oder Kontaktgläsern einen Visus von 0,3 oder höher erreichen und deshalb nach der bisherigen Fassung des Gesetzes nicht anspruchsberechtigt sind.

Der zweite Halbsatz des § 33 Absatz 2 Satzes 2 entspricht der bereits bestehenden gesetzlichen Regelung zum Anspruch auf therapeutische Sehhilfen, der unverändert bleibt.

Zu Buchstabe c

Die Regelung dient der Klarstellung, dass die Krankenkassen ausschließlich den Medizinischen Dienst damit beauftragen können, ein beantragtes Hilfsmittel auf seine Erforderlichkeit zu prüfen, soweit die Krankenkassen diese Prüfung nicht mit eigenen weisungsgebundenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vornehmen können. Dabei umfasst die Prüfung neben der medizinischen Notwendigkeit auch die technische Eignung und Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels. Soweit in Einzelfällen die Hinzuziehung externer Expertise erforderlich ist, kann diese durch den Medizinischen Dienst gemäß 279 Absatz 5 erfolgen. Hingegen ist die Beauftragung sogenannter externer Hilfsmittelberater durch die Krankenkassen nicht zulässig.

Zu Buchstabe d

Durch die Einfügung der Buchstaben b und c wird der bisherige Buchstabe b zum Buchstaben d.

Zu Nummer 2a (§ 36 SGB V – Anpassung des Stellungnahmerechts bei der Festsetzung der Festbeträge für Hilfsmittel)

Die Berechtigung zur Stellungnahme vor Entscheidungen im Hilfsmittelbereich ist grundsätzlich auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene beschränkt. Die Eingrenzung dient der Praktikabilität der Regelung.

Zu Nummer 3 (§ 37 SGB V – Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote)

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei dem Beschluss der Richtlinien zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden die bereits existierende Breite des vorhandenen Therapieangebots berücksichtigen. Damit soll eine Versorgung der Patientinnen und Patienten durch etablierte und bewährte Methoden weiterhin sichergestellt werden.

Zu Nummer 4 (§ 64d SGB V – Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung)

Zu Absatz 1

Können sich die beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nicht über die gemeinsame und einheitliche Aufgabenwahrnehmung verständigen, kommt der Konfliktlösungsmechanismus nach § 211a zur Anwendung. Dieser sieht eine Beschlussfassung nach dem Mehrheitsprinzip durch je einen Vertreter jeder Kassenart vor. Dafür werden die Stimmen mit der landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM6 gewichtet.

Zu Absatz 4

Grundsätzlich sind Heilmittel unabhängig von der ursächlichen Grunderkrankung als medizinisch notwendige Dienstleistungen zur Behandlung bestimmter krankheitsbedingter Schädigungen oder Funktionsstörungen nach

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verordnungsfähig. Krankenkassen können in Fällen, in denen eine solche Beschränkung auf eine Grunderkrankung ausnahmsweise vorgesehen ist (insbesondere die podologische Therapie zur Behandlung krankhafter Schädigungen am Fuß infolge Diabetes mellitus), diese Heilmittel im Rahmen von Modellvorhaben auch für andere Grunderkrankungen mit ebenso behandlungsbedürftigen krankhaften Schädigungen oder Funktionsstörungen erstatten (insbesondere podologische Maßnahmen, z. B. auch bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Nervensystems oder bei sonstigen Erkrankungen, wenn Patientinnen und Patienten ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen erleiden würden). Für die Modellvorhaben gelten die allgemeinen Regeln für sog. Leistungsmodelle nach § 63 Absatz 2. Danach können Krankenkassen Modellvorhaben nach dem geltenden Recht zu Leistungen der Krankenbehandlung durchführen, die nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen (noch) keine erstattungsfähigen Leistungen sind. Dies gilt generell auch für Heilmittel und wird durch die Ergänzungen in § 64d mit dem neuen Absatz 4 für die dort gesondert aufgeführten Fälle klargestellt. Die wissenschaftliche Auswertung dieser Modellvorhaben nach § 65 kann Grundlage zur Fortentwicklung der Regelversorgung durch die Heilmittel-Richtlinie des G-BA sein. Die Durchführung solcher Modellvorhaben ist jedoch keine Voraussetzung für eine Weiterentwicklung der Heilmittel-Richtlinie, wenn nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse eine entsprechende Ergänzung der Richtlinie angezeigt ist. Zudem bleibt die Möglichkeit des G-BA unberührt, nach § 139d selbst die Erprobung eines neuen Heilmittels bzw. der Anwendung eines Heilmittels bei neuen Indikationen zu initiieren oder sich an einer solchen Erprobung zu beteiligen, um die erforderlichen Erkenntnisse für eine umfassende Bewertung des Nutzens des Heilmittels zu gewinnen.

Zu Nummer 4a (§ 66 SGB V – Informationsübermittlung an Krankenkassen zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern)

Die Art der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen für ihre Versicherten bei Behandlungsfehlervorwürfen ist bisher gesetzlich nicht näher geregelt. Dies hat auch dazu geführt, dass Unsicherheiten im Hinblick auf den Umfang der Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 für die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern bestehen, wie z. B. im Hinblick auf die Anforderung medizinischer Behandlungsunterlagen bei den Leistungserbringern durch die Krankenkassen mit Einwilligungs- sowie Schweigepflichtsentbindungserklärungen der Versicherten. Diese Unsicherheiten werden durch eine gesetzliche Klarstellung der möglichen Art der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen ausgeräumt. Diese Klarstellung greift die von den Krankenkassen je nach den Erfordernissen des Einzelfalls bereits praktizierten Unterstützungsleistungen auf.

Die Unterstützung der Krankenkassen nach § 66 umfasst zwar keine umfassenden Hilfeleistungen bis hin zur Übernahme der Kosten der Rechtsverfolgung durch die Krankenkassen. Den Versicherten sollen jedoch Leistungen gewährt werden, durch die ihnen die Beweisführung bei vermuteten Behandlungsfehlern erleichtert wird (LSG Hessen 4. Mai 2015, Az. L 1 KR 381/13). Vor diesem Hintergrund können zu den Unterstützungsleistungen der Krankenkassen je nach den Erfordernissen des Einzelfalls insbesondere eine sachlich und rechtliche Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen unter Einbeziehung des Ergebnisses einer gegebenenfalls erfolgten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst gehören.

Eine sachlich rechtliche Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität trägt dazu bei, dass den Versicherten eine Bewertung des Behandlungsfehlervorwurfes auf Basis möglichst aller relevanten Unterlagen zur Verfügung gestellt werden kann. Darüber hinaus kann eine sich ggf. anschließende Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkasse nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 aufgrund einer solchen Prüfung mit einer präziseren Fragestellung erfolgen, was die Qualität und Verwertbarkeit der Begutachtungsergebnisse erhöht.

Angesichts einer bestehenden Hemmschwelle eines Teils der Versicherten, im Zusammenhang mit Behandlungsfehlervorwürfen medizinische Behandlungsunterlagen bei den jeweiligen Leistungserbringern selbst anzufordern, stellt die Möglichkeit der Anforderung solcher Unterlagen durch die Krankenkassen mit entsprechenden Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärungen der Versicherten eine Entlastung für die betroffenen Versicherten dar.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Bereitstellung einer abschließenden Gesamtbewertung unter Einbeziehung aller vorliegenden Unterlagen sowie des Ergebnisses einer gegebenenfalls erfolgten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst können den Versicherten die für eine Rechtsverfolgung wichtigen Informationen zugänglich gemacht werden.

Soweit personenbezogene Daten für die Durchführung der o. g. Unterstützungsleistungen erforderlich sind, dürfen die Krankenkassen diese Daten nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erheben.

Zu Nummer 4b (§ 71 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Nach § 140a Absatz 1 Satz 3 gelten Verträge nach den früheren §§ 73a, 73c und 140a a.F. fort. Dieser Bestandsschutz ist allerdings für Verträge nicht gerechtfertigt, deren Zweck darin besteht, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. Solche Verträge erfüllen weder die gesetzlichen Voraussetzungen des alten Rechts noch die des geltenden § 140a. Nach § 140a Absatz 1 können die Krankenkassen Verträge über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Vereinbarung einer Honorierung eines Leistungserbringers allein für ein bestimmtes Abrechnungs- oder Kodierverhalten ohne die Vereinbarung konkreter Versorgungsleistungen zu Gunsten des Versicherten erfüllt nicht die gesetzlichen Anforderungen. Ein Vertrag nach § 140a Absatz 1 setzt zudem voraus, dass der Versicherte eine Teilnahmeerklärung und nach vorheriger Information über die erforderlichen Datenverwendungen auch eine datenschutzrechtliche Einwilligung schriftlich erteilt. Da sowohl nach neuem als auch nach altem Recht derartige Verträge, die die Aufzeichnung und Übermittlung von Diagnosen zum Gegenstand haben, rechtswidrig und damit unzulässig sind, wird klargestellt, dass für Alt- und Neuverträge die gleichen aufsichtsrechtlichen Mittel zur Beseitigung von Rechtsverstößen und zur Vertragsbeendigung nach § 71 Absatz 6 gelten. Die zuständige Aufsichtsbehörde und die betroffenen Vertragsparteien haben alle erforderlichen Maßnahmen zur unverzüglichen Beendigung rechtswidriger Vertragsgestaltungen – bis hin zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages – zu ergreifen. Zudem wird mit der Regelung ein weiterer Ansatzpunkt zur Manipulation von Diagnosekodierungen ausgeschlossen, soweit über die Praxissoftware das Kodierverhalten beeinflusst werden soll.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a (§ 73 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Die Regelung stellt klar, dass neben dem Verbot von Zuweisungen von Versicherten gegen Entgelt auch ein vertragsärztliches Fehlverhalten gegeben ist, wenn Vertragsärztinnen und Vertragsärzte allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen eine zusätzliche Vergütung (ergänzend zur regulären Vergütung) oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren lassen oder selbst versprechen oder gewähren. Das ärztliche Handeln ist am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen Ärztinnen und Ärzte nicht eigene wirtschaftliche Interessen oder das Interesse Dritter über dieses Wohl stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diesen Tatbestand bei der Verhängung von Sanktionsmaßnahmen entsprechend ihrer Satzungsbestimmungen gemäß § 81 Absatz 5 zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b (§ 73 SGB V – Klarstellung bzgl. Aufsaugen von Körperflüssigkeiten sowie technische Anpassung wegen vorgesehener Änderungen im AMVSG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung vor dem Hintergrund eines weiteren Gesetzgebungsvorhabens (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, Drucksache 18/10208), das ebenfalls in § 73 Änderungen vornimmt, die zeitlich früher in Kraft treten sollen.

Zu Nummer 5a (§ 73b SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Parallelregelung zum neuen § 83 Satz 4. Auch in Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung sind Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen unzulässig.

Zu Nummer 5b (§ 83 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich im Oktober 2016 einen Überblick über sogenannte Betreuungsstrukturverträge verschafft, deren Hauptzweck darin bestehen kann, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. In der Vertragspraxis wurden solche Verträge auch als Gesamtverträge oder als Anlagen zum Gesamtvertrag vereinbart. Klargestellt wird, dass kassen- oder kassenartenindividuelle Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen (Betreuungsstrukturverträge) nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können. Die Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen werden durch Gesamtverträge geregelt (§ 82 Absatz 2 Satz 1). Diese Vergütungen sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren (§ 87a Absatz 1 bis 3). Die Aufsichtsbefugnisse in entsprechender Anwendung des § 71 Absatz 6 finden ausschließlich gegenüber den kassenseitigen Vertragspartnern nach § 83 Anwendung. Sie finden hingegen keine Anwendung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertragspartnerin des Gesamtvertrages nach § 83 SGB V ist. Damit wird die Systematik des § 71 Absatz 6 gewahrt, nach der aufsichtsrechtliche Befugnisse sich nicht auf die jeweiligen Vertragspartner der Krankenkassen erstrecken (vergleiche hierzu bereits Begründung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, BT-Drs. 18/4095, dort Seite 84).

Klargestellt wird auch, dass die Neuregelung nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt, da die Verpflichtung zur Aufzeichnung und Übermittlung von Diagnosen bei ärztlicher Behandlung nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nur für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen und nicht bei zahnärztlicher Behandlung besteht.

Zu Nummer 6a (§ 117 SGB V – Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt)

Vor dem Hintergrund, dass aus der historischen Entwicklung heraus (Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) die Hochschulambulanzen dem vertragsärztlichen Bereich zugeordnet werden, gilt dort im Grundsatz das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Absatz 1. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss ihren diagnostischen oder therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – ausdrücklich anerkannt hat.

Im Zuge der Erweiterung des § 117 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211), durch die Hochschulambulanzen nunmehr auch zur ambulanten Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, ermächtigt sind, ist – vergleichbar zur Regelung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b Absatz 1 Satz 3 – die Einführung einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt auch für die von den Hochschulambulanzen angewandten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sachgerecht. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Zugang zu den Hochschulambulanzen in der Regel eine Überweisung eines Facharztes voraussetzt und die Patientinnen und Patienten wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürfen. Vergleichbar zu den an der ASV teilnehmenden Ambulanzen ist die Leistungserbringung auch bei den Hochschulambulanzen geprägt von hoher Spezialisierung, Interdisziplinarität und Kooperation. Insofern ist die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt eine folgerichtige Weiterentwicklung für die Versorgung durch die Hochschulambulanzen.

Entsprechend der geltenden Vorgaben für die stationäre Versorgung in § 137c Absatz 3 soll auch für die ambulante Behandlung in Hochschulambulanzen gelten, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat, angewandt werden dürfen, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert ist. Die Notwendigkeit einer Aufnahme ins Krankenhaus, die nach § 39 Absatz 1 Satz 2 Voraussetzung für einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist, gilt demgegenüber nicht für die ambulante Behandlung in einer Hochschulambulanz.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 6b (§ 120 SGB V – Bundesweite Geltungsanordnung der Vergütung; Frist für Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung sieht vor, dass die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken vereinbarte Höhe der Vergütung für die Leistungen der einzelnen Hochschulambulanz auch für alle übrigen gesetzlichen Krankenkassen im Inland gilt, wenn deren Versicherte in der entsprechenden Hochschulambulanz behandelt werden. Die Höhe der Vergütung gilt nicht für die Vergütung der Leistungen anderer Hochschulambulanzen. Mit der Regelung wird eine Forderung des Bundesrates aufgegriffen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dieser Regelung wird eine redaktionelle Korrektur vorgenommen und eine Frist für die gesetzlich vorgesehene Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Grundsätze nach § 120 Absatz 3 Satz 4 durch Anpassung der Vereinbarungen zur Vergütung von Hochschulambulanzen erstmals bis zum 1. Juli 2017 gesetzt. Damit soll eine zeitnahe Anpassung der Vergütung der Hochschulambulanzen erreicht werden. Die Grundsätze wurden durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes am 9. Dezember 2016 als Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) festgesetzt. Zudem erfolgt eine dynamische Fristvorgabe zur Berücksichtigung von Änderungen der HSV-SV bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer weiterentwickelten HSV-SV. Nach § 6 der HSV-SV soll die HSV-SV nach dem Vorliegen von Daten aus zwölf Abrechnungsquartalen ab Beginn der elektronischen Übermittlung der Informationen weiterentwickelt werden.

Gemäß § 120 Absatz 2 Satz 3 muss die vereinbarte Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Durch das GKV-VSG wurde auf die bisherige Vorgabe verzichtet, wonach bei der vereinbarten Vergütung der Leistungen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Einer notwendigen Anpassung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen an die HSA-SV steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht entgegen. Die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Leistungen einer Hochschulambulanz bestimmt sich vielmehr vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach der gemessen am Leistungsspektrum wirtschaftlichen Betriebsführung der Hochschulambulanzen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 13. Mai 2015, B 6 KA 20/14 R, zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen eines sozialpädiatrischen Zentrums durch die Schiedsstelle). In Analogie zu den Entscheidungsgründen dieses Urteils schließt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität die Geltendmachung höherer Kosten durch eine Hochschulambulanz aufgrund ihres spezifischen Leistungsspektrums oder ihrer besonderen Kostenstruktur nicht aus, auch wenn dies im Einzelfall zu einer die maßgebliche Veränderungsrate übersteigenden Erhöhung der Vergütung führt. Wird festgestellt, dass nur mit einer bestimmten Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanz bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten ist, liegt ein Fall des § 71 Absatz 1 Satz 1 vor, da die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anders nicht zu gewährleisten ist.

Da zu Zwecken der Dokumentation nach Maßgabe der HSA-SV (vgl. § 3 Absatz 2 Satz 2 HSA-SV) eine Arztnummer nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 nicht verlangt werden kann, ist die Anwendung der Arzt- oder Zahnarztnummer auch kein Regelungsgegenstand der Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Hochschulambulanzen nach Absatz 2 Satz 4 zur Berücksichtigung der HSA-SV. Bei der Anpassung der Vereinbarungen nach Absatz 2 Satz 2 ist jedoch nach § 3 Absatz 2 Satz 3 bis 5 HSA-SV zu gewährleisten, dass die Kennzeichnung des Behandlungsfalls eine eindeutige Identifikation des Standortes und der Fachabteilung der HSA (sofern zuzuordnen) ermöglicht. Dabei ist die Betriebsstättennummer zu verwenden. Das Nähere hierzu regeln die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 Satz 2.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass auch die durch die vorgesehene Änderung in § 120 Absatz 2 Satz 4 mit Frist versehene Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der Leistungen der Hochschulambulanzen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Grundsätze nach § 120 Absatz 3 Satz 4 im Wege des Antragsverfahrens durch die Schiedsstelle festgesetzt werden kann.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 7 (§ 124 SGB V – Zulassung von Heilmittelerbringern durch Krankenkassen)

Zu Buchstabe a

Um Umsetzungsschwierigkeiten für die im Gesetzentwurf vorgesehene Kooperationsmöglichkeit für Krankenkassen bei Zulassung von Heilmittelerbringern zu vermeiden, wird klargestellt, dass einzelne Landesverbände der Krankenkassen oder der Verband der Ersatzkassen auch als gemeinsame Zulassungsstelle für die anderen Krankenkassen und deren Landesverbände entscheiden können. Die gemeinsame Zulassungsstelle entscheidet insoweit auch hoheitlich durch Verwaltungsakt.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 8 (§ 125 SGB V – Qualitätssicherung der Weiterbildung im Heilmittelbereich; Transparenzvorgaben für Vergütungsverhandlungen über Heilmittelleistungen; Beschleunigung der Schiedsverfahren)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene in den Rahmenempfehlungen zusätzlich zu den Maßnahmen zur Fortbildung auch Maßnahmen zur Weiterbildung regeln sollen. Hierdurch wird eine im Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung ermöglicht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Um die flächendeckende Versorgung mit Heilmittelleistungen zu gewährleisten und einem Fachkräftemangel im Heilmittelbereich entgegen zu wirken, ist eine zufriedenstellende Vergütungssituation auch für angestellte Therapeutinnen und Therapeuten wichtig. Es muss sichergestellt werden, dass die Heilmittelleistungen von den Krankenkassen angemessen vergütet werden. Zudem ist zu gewährleisten, dass steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen auch den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zugutekommen.

Mit der Ergänzung der Rahmenempfehlungen soll eine bessere Berücksichtigung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten bei den Vergütungsverhandlungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erreicht werden. Die Berücksichtigung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen bei den Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 2 setzt dabei ein Mindestmaß an Transparenz und Nachweis voraus, wozu die Ergänzung dient. Um die Vertragsverhandlungen zu erleichtern, sollen sich die Vertragspartner an einheitlichen Vorgaben zu entsprechenden Nachweispflichten orientieren können. Der Nachweis über die Zahlung von Tariflöhnen und die Höhe von Arbeitsentgelten hat dabei in anonymisierter Form zu erfolgen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Ergänzung wird bestimmt, dass die Einzelheiten der erforderlichen Weiterbildungen in den Verträgen zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit den Leistungsbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer zu regeln sind. Die in den Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 geregelten Maßnahmen zur Weiterbildung werden in den Verträgen nach Absatz 2 inhaltlich konkretisiert. Hierdurch wird eine verbindliche bundesweite Anwendung der Vorgaben sichergestellt.

Zu Doppelbuchstabe ff

Um die mit der Änderung beabsichtigte Beschleunigung der Schiedsverfahren im Heilmittelbereich zu erreichen, entfällt die aufschiebende Wirkung auch für Widersprüche.

Zu Buchstabe c

Durch die Ergänzung wird die bisherige Prüfung und Listung von Weiterbildungsstätten, Weiterbildungsträgern und Fachlehrern hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Qualität der Weiterbildungen im Bereich der Leistungen der Physiotherapie („besondere Maßnahmen“), die nur von entsprechend weitergebildeten Leistungserbringern durchgeführt und abgerechnet werden dürfen, konkret im Gesetz geregelt. Dies dient dem Ziel

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Qualitätssicherung im Heilmittelbereich, da den Leistungserbringern die geprüften und geeigneten Weiterbildungsträger, Weiterbildungsstätten und Fachlehrer in geeigneter Weise bekannt gegeben werden müssen.

Zu Nummer 9 (§ 126 SGB V – Präqualifizierung im Hilfsmittelbereich)

Zu Absatz 1a

Zu Satz 4

Diese Klarstellung bezieht sich darauf, dass nach der Akkreditierung die Beachtung der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgaben und Anpassung von Hilfsmitteln durch die Präqualifizierungsstellen künftig im Rahmen der Zertifizierungstätigkeiten nach der DIN EN ISO/IEC 17065 zu erfolgen hat und damit ein Gegenstand der Überwachung durch die nationale Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 9 und 10 wird.

Die Präqualifizierungsstelle muss mit ihrem Antrag auf Akkreditierung nachweisen, dass sie über ein Verfahren verfügt, um die insoweit erforderlichen Überwachungsaktivitäten wirksam durchzuführen. Anlässe für Überwachungsaktivitäten und die hinsichtlich der Zertifikate zu ergreifenden Maßnahmen können sich sowohl aus eigenen Erkenntnissen der Präqualifizierungsstelle als auch aus Hinweisen Dritter, etwa von Krankenkassen oder Handwerkskammern ergeben.

Zu Satz 6

Sollte die Akkreditierung der ursprünglich zuständigen Präqualifizierungsstelle (erteilende Stelle) während der Gültigkeitsdauer des von ihr erteilten Zertifikats erlöschen, sind diese Aufgaben von der Präqualifizierungsstellte wahrzunehmen, mit der der Leistungserbringer die Fortführung seines Präqualifizierungsverfahrens vereinbart hat (Stelle nach Absatz 2 Satz 6).

Zu Satz 8

Es wird klargestellt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) für die Datenübermittlung nicht nur das Format, sondern auch weitere Kriterien vorgeben kann, wie etwa die Fristen, innerhalb derer die Daten zu übermitteln sind.

Zu Absatz 2

Zu Satz 6

Für den Fall, dass die Akkreditierung einer Präqualifizierungsstelle erlischt, ist ein Leistungserbringer, dem diese Stelle ein Zertifikat erteilt hat, verpflichtet eine andere Präqualifizierungsstelle zu wählen, die dann für ihn zuständig ist. Damit wird sichergestellt, dass auch weiterhin eine Einschränkung, Aussetzung oder Zurückziehung eines Zertifikats gemäß Absatz 1a Satz 6 erfolgen kann, soweit dies erforderlich ist.

Zum neuen Satz 11

Damit die nationale Akkreditierungsstelle ihrer Überwachungsaufgabe über die Präqualifizierungsstellen nachkommen kann, erhält sie die Befugnis, auf Informationen der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes sowie etwa der Handwerkskammern zurückgreifen zu können. Diese Informationen können sich etwa darauf beziehen, ob die Präqualifizierungsstelle ihrer Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Datenlieferung an den GKV-Spitzenverband nachgekommen ist oder die berufsrechtlichen Vorgaben bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 beachtet hat.

Zu Nummer 10 (§ 127 SGB V – Umsetzung von Aktualisierungen des Hilfsmittelverzeichnisses in die Verträge zur Hilfsmittelversorgung; Ausschreibungen mit hohem Dienstleistungsanteil; Stärkung der Qualität bei Hilfsmittelausschreibungen; Beratung der Versicherten; Rahmenempfehlungen zur Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Satz 1 entspricht dem Gesetzestext. Satz 2 stellt klar, dass die im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte Bestandteile der Verträge sind. Die im

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Qualitätsanforderungen bilden damit für die Produktarten, die vom Hilfsmittelverzeichnis erfasst sind, eine Untergrenze, die nicht unterschritten werden darf. Ggf. weitergehende individuelle Ansprüche der Versicherten werden dadurch nicht begrenzt. Weiter wird klargestellt, dass es sich bei Änderungen der Qualitätsanforderungen, die sich während der Laufzeit der Verträge nach § 127 durch eine Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ergeben, um eine wesentliche Änderung der Verhältnisse handelt, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt. Den Vertragsparteien wird so ermöglicht, weiter entwickelte Qualitätsanforderungen zeitnah in laufenden oder ggf. neu abzuschließenden Verträgen umzusetzen. Damit wird der Anspruch der Versicherten auf eine qualitätsgesicherte Versorgung nach § 33 gestärkt. Sind die Verträge im Wege der Ausschreibung vergeben worden, erfolgt die Vertragsanpassung oder Vertragskündigung gemäß § 69 Absatz 2 Satz 4 in der Regel nach Maßgabe der §§ 132 ff. des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und im Übrigen nach § 59 des Zehnten Buches.

Zu Doppelbuchstabe dd

Für Hilfsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil sind wettbewerbliche Ausschreibungen nicht zweckmäßig. Die Einschränkung, dass dies „in der Regel“ der Fall sei, führt in der Praxis zu Unsicherheiten und unterschiedlichen Auslegungen, in welchen atypischen Ausnahmefällen von der gesetzlichen Regelentscheidung abgewichen werden kann. Um hier eine einheitliche Verwaltungspraxis sicherzustellen und zu verhindern, dass einzelne Krankenkassen die gesetzliche Regelung mit Verweis auf vermeintliche Ausnahmefälle unterlaufen, wird die Einschränkung gestrichen. Die Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen regeln stattdessen einheitlich die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene nach Absatz 1a.

Zu Buchstabe b

Um Rechtsunsicherheit über die Frage zu vermeiden, wann eine „erschöpfende“ Leistungsbeschreibung für eine wettbewerbliche Ausschreibung von Hilfsmitteln vorliegt, die eine gewichtete Zuschlagsentscheidung anhand von Qualitätsaspekten entbehrlich macht, wird das Verhältnis zwischen Leistungsbeschreibung und Zuschlagskriterien mit der Änderung verdeutlicht. Werden bestimmte Qualitätsanforderungen bereits in der Leistungsbeschreibung formuliert, gelten sie für alle potentiellen Bieter gleichermaßen als Voraussetzung und die Auswahl zwischen insoweit gleichen Angeboten erfolgt letztlich anhand anderer Zuschlagskriterien. Angebote von Anbietern, die diese Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, werden von vornherein nicht berücksichtigt. Demgegenüber ermöglichen Qualitätsaspekte als Zuschlagskriterien eine zusätzliche Abwägungsentscheidung zwischen insoweit noch unterschiedlichen Angeboten. Erst die Gewichtung der verschiedenen Zuschlagskriterien über Qualität und Kosten bestimmt dann die Auswahlentscheidung. Nach vergaberechtlichen Grundsätzen ist allerdings eine doppelte Berücksichtigung der gleichen Qualitätsaspekte gleichzeitig auf Ebene der Leistungsbeschreibung und der Zuschlagserteilung nicht zulässig. Insoweit hat die ausschreibende Krankenkasse im Voraus festzulegen, wie bzw. auf welcher Ebene sie die zusätzlichen Qualitätsaspekte berücksichtigt. Die Krankenkassen haben das Ausschreibungsverfahren in jedem Fall so zu gestalten, dass durch Qualitätsaspekte (ob in der Leistungsbeschreibung oder als Zuschlagskriterium) ein effektiver Wettbewerb um eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung tatsächlich erreicht wird. Eine Ausschreibung, bei der lediglich die allgemein verbindlichen Qualitätsanforderungen (z. B. die des Hilfsmittelverzeichnisses) in der Leistungsbeschreibung enthalten sind und bei der der Zuschlag dann nur nach Preis oder Kosten erfolgt, erfüllt jedenfalls nicht die gesetzlichen Anforderungen an einen Qualitätswettbewerb.

Darüber hinaus haben Versorgungsverträge im Wege der Ausschreibung nach Absatz 1 Satz 1 eine sowohl wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sollen sich dabei nicht gegenseitig ausschließen, sondern gleichermaßen verwirklicht werden. Insoweit ist es sachgerecht, die gesetzliche Gewichtung der Zuschlagskriterien entsprechend anzupassen. Um zu verhindern, dass sich Ausschreibungen als Preiswettbewerb mit tendenziell sinkender Qualität auswirken können, sind Qualitätsaspekte künftig mindestens gleichwertig (zu 50 Prozent) zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe c

Die Streichung in Satz 1 erfolgt, weil die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit eines Hilfsmittels den dafür qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten vorbehalten ist. Die Änderung in Satz 4 stellt klar, dass die Versicherten vor dem Abschluss einer Mehrkostenvereinbarung über die ihnen entstehende Aufzahlung zu informieren sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe f

Die Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht bereits seit dem 1. Januar 2012, an dem die im GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) vorgesehene Anfügung des Absatzes 6, der vorliegend geändert werden soll, in Kraft getreten ist. Dennoch haben sich die Parteien bis heute nicht auf gemeinsame Rahmenempfehlungen verständigen können. Um neue Impulse für die Verhandlungen zu setzen, wird den Vertragsparteien eine Frist bis zum 31. Dezember 2017 gesetzt. Sollte es bis dahin nicht zu einer Einigung kommen, ist der Empfehlungsinhalt von einer von den Vertragsparteien gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson festzusetzen. Das Schiedsverfahren richtet sich nach den Vorgaben des Absatzes 1a Satz 2 bis 4.

Zu Nummer 13 (§ 132a SGB V – Anpassung an zwischenzeitliche Änderungen durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz)

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung an die Änderung des § 132a Absatz 1 Satz 4 durch Artikel 13 Nummer 4 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).

Zu Buchstabe c

Durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz wird die bislang in der Vorschrift enthaltene Frist zur Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gestrichen und durch eine Schiedsregelung in den Absätzen 2 und 3 ersetzt. Dementsprechend besteht auch keine Notwendigkeit mehr für eine besondere Fristenregelung im Hinblick auf Rahmenempfehlungen, die Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7 betreffen.

Zu Nummer 14 (§139 SGB V – Beschleunigung der Anerkennung innovativer Hilfsmittel)

Zu Buchstabe b

Um die Verfahren zur Anerkennung innovativer Hilfsmittel zu beschleunigen, wird mit der Ergänzung in § 139 Absatz 3 geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von 6 Monaten Auskunft darüber erteilt, ob das Hilfsmittel Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine solche Klärung für erforderlich hält. Dadurch wird im Rahmen des Verfahrens zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis die Möglichkeit eröffnet, diese Frage in den wenigen zu erwartenden Zweifelsfällen unabhängig von der Antragstellung auf ein Methodenbewertungsverfahren frühzeitig an den Gemeinsamen Bundesausschuss heranzutragen. Hintergrund für die gesetzliche Änderung ist die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 8. Juli 2015 (Az.: B 3 KR 6/14 R). Mit der Regelung wird sichergestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss frühzeitig in das Hilfsmittelverfahren einbezogen wird, wenn ein Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sein kann.

Da nur über die Frage Auskunft zu erteilen ist, ob das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Unterlagen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vorzulegen sind, ist der Recherche- und Prüfaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss begrenzt, so dass eine Auskunftsfrist von sechs Monaten sachgerecht ist. Wenn sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist und für eine Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis daher eine Anerkennung der neuen Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 erforderlich ist, leitet der Gemeinsame Bundesausschuss unmittelbar das Methodenbewertungsverfahren ein, ohne dass es einer Antragstellung nach § 135 bedarf. Damit soll sichergestellt werden, dass sich das Methodenbewertungsverfahren ohne Verfahrensverzögerungen durch weitere Verfahrensschritte anschließt.

Einer automatischen Einleitung des Methodenbewertungsverfahrens bedarf es jedoch dann nicht, wenn der Hersteller seinen Antrag auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis innerhalb eines Monats, nachdem ihm das Ergebnis der Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses mitgeteilt wurde, zurücknimmt. Das Methodenbewertungsverfahren beginnt unmittelbar nach Ablauf dieser Frist. Eine spätere Rücknahme des Antrags auf Aufnahme

des Produkts in das Hilfsmittelverzeichnis löst dagegen keinen automatischen Abbruch des Methodenbewertungsverfahrens aus. Unabhängig hiervon steht es dem Hersteller im Übrigen frei, beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137e Absatz 7 einen Antrag auf Erprobung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu stellen, deren Nutzen zwar noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet.

Das Nähere zum Verfahren einer Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss und zum Ablauf des Hilfsmittelverfahrens in einem solchen Fall regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Verfahrensordnung nach Absatz 7. Darin kann insbesondere geregelt werden, inwieweit der Hersteller Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse als hoch vertrauliche Unterlagen kennzeichnen kann, unter welchen Voraussetzungen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Auskunft beim Gemeinsamen Bundesausschuss einholt, wie der Hersteller über die Einleitung des Auskunftsverfahren informiert wird, wie die Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses dem Hersteller mitgeteilt wird und wie der Gemeinsame Bundesausschuss über die fristgerechte Rücknahme des Antrags auf Eintragung in das Hilfsmittelverzeichnis informiert wird. Führt die Prüfung des Auskunftsverlangens des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu dem Ergebnis, dass dem Einsatz des Hilfsmittels keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu Grunde liegt, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verfahren über die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis fortsetzen.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Entscheidungsfrist von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen kann nicht eingehalten werden, falls die Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 3 für die Entscheidung erforderlich ist. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss steht nach Absatz 3 Satz 4 ein Zeitraum von sechs Monaten zur Erteilung der Auskunft zur Verfügung. Daher wird der Lauf der 3-Monats-Frist bis zum Vorliegen der Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses unterbrochen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Entspricht dem bisherigen Gesetzestext.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1, mit der klargestellt wird, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Verfahrensordnung nach Absatz 7 auch das Nähere zum Verfahren einer Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 3 zu regeln hat.

Zu Nummer 14a (§ 140a SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Parallelregelung zum neuen § 83 Satz 4. Auch in Verträgen über eine besondere Versorgung sind Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen unzulässig.

Zu Nummer 15 (§ 140f SGB V – Patientenvertretung)

Zu Buchstabe b

Bisher fehlen entsprechende Regelungen für die Patientenbeteiligung insbesondere beim Institut für Qualität und Transparenz (IQTIG) und beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Diese Lücke wird mit dem Satz, der die Erweiterung des Unterstützungsanspruchs durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß §140f Absatz 6 für die Wahrnehmung der Beteiligungsrechte bei den genannten Institutionen beinhaltet, geschlossen. Die weitere Regelung in § 140f Absatz 6 Satz 5 greift bestehende Unterschiede zwischen Landes- und Bundesebene auf. Die bisher vorgesehenen Ansprüche auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall gelten bisher gemäß § 140f Absatz 7 nur auf Landesebene auch für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen. Für die Patientenbeteiligung auf Bundesebene wird ein solcher Anspruch nun ebenfalls für solche Treffen vorgesehen und wegen der höheren Sitzungsfrequenz nicht auf eine bestimmte Anzahl von Treffen begrenzt. Dabei wird davon ausgegangen, dass Koordinierungs- und Abstimmungstreffen nur in dem erforderlichen Umfang stattfinden. Nach dem gegenwärtigen Stand finden für die Patientenbeteiligung im G-BA jährlich zwölf Koordinierungsausschusstreffen und 35 Abstimmungstreffen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

für die Beratungen in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen statt. Zudem wird auch für die Teilnahme an Fortbildungen und Schulungen, die mit Unterstützung des G-BA für die Patientenvertreter organisiert werden, ein entsprechender Anspruch vorgesehen.

Zu Buchstabe c

Die Streichung des Wortes „jährlich“ korrigiert ein redaktionelles Versehen im Gesetzesentwurf. Die Erhöhung der Summe von 50 Euro auf 120 Euro ist notwendig, weil die mit der Koordinierung entstehenden Aufwendungen vom Umfang her mit dem bisher vorgesehenen Betrag nicht abgegolten sind.

Zu Nummer 16a (§ 231 SGB V – Beitragsbemessung Selbständige)

Die Regelung ergänzt die im neuen § 240 Absatz 4a vorgesehenen Regelungen. § 231 Absatz 3 gewährt dem Mitglied, das Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze gezahlt hat, einen Erstattungsanspruch, wenn es innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu zahlen waren, beitragspflichtige Einnahmen nachweist, die unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Die Erstattung beschränkt sich auf den gezahlten Beitragsanteil, der die Beiträge übersteigt, die das Mitglied auf Grundlage der tatsächlich erzielten Einnahmen nach § 240 hätte zahlen müssen. Dabei sind auch die geltenden Mindestbemessungsgrundlagen anzuwenden.

Durch den Erstattungsanspruch wird sichergestellt, dass das Mitglied auch bei Zahlung der Höchstbeiträge einen Anspruch auf Beitragserstattungen hat, sofern seine tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen nicht wie angenommen die Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 überschritten haben.

Zu Nummer 16b (§ 240 SGB V – Beitragsbemessung Selbständige)

Durch die Neuregelungen in § 240 Absatz 4 und 4a wird sichergestellt, dass das bei freiwillig versicherten Mitgliedern in der gesetzlichen Krankenversicherung der Beitragsbemessung zugrunde zu legende Arbeitseinkommen sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung den tatsächlich im jeweiligen Kalenderjahr erzielten beitragspflichtigen Einnahmen entsprechen und Einnahmeschwankungen vollständig berücksichtigt werden. Zukünftig ist die Beitragsbemessung weder durch die Bearbeitungszeiten bei der zuständigen Finanzbehörde noch durch eine verzögerte Abgabe von Einkommensteuererklärungen beeinflussbar.

Die bisherige Regelung des § 240 Absatz 4 Satz 6 sah vor, dass Änderungen der Beitragsbemessung ausschließlich für die Zukunft wirksam werden, d. h. frühestens ab dem auf die Ausstellung des Einkommensteuerbescheids folgenden Monat. Nach den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 10. Dezember 2014, war bislang nur für hauptberuflich selbständige Existenzgründer und bei Vorliegen einer unverhältnismäßigen Belastung eine vorläufige Beitragseinstufung vorgesehen.

Die neuen – verwaltungseffizient ausgestalteten – Regelungen sehen vor, dass die von selbständigen Mitgliedern zu zahlenden, nach dem beitragspflichtigen Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheids vorläufig festgesetzt werden. Nach Vorlage des Einkommenssteuerbescheids für das Kalenderjahr erfolgen die endgültige Beitragsfestsetzung rückwirkend entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen sowie die erneute vorläufige Festsetzung der Beiträge für die Zukunft. Gleiches gilt insbesondere auch für die über den Einkommensteuerbescheid nachzuweisenden Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, da auch diese zu den Einnahmen gehören, die typischerweise starken Schwankungen unterworfen sind, und deren Höhe erst nachträglich über den Einkommensteuerbescheid endgültig festgestellt wird.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt wie bisher nach Absatz 1 Satz 1 und 2 die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder unter Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige kann dazu z. B. die Beitragsbemessung bei Vorliegen einer unverhältnismäßigen Belastung gehören. Auch die Regelung, wonach bei Nichtvorlage von Nachweisen über die beitragspflichtigen Einnahmen für alle freiwillig versicherten Mitglieder der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag gilt, bleibt bestehen.

Im Hinblick auf das im Zusammenhang mit einer nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegebenen Wahlerklärung bei Arbeitsunfähigkeit zu berechnende Krankengeld ergeben sich durch die Neuregelungen keine Änderungen. Für die Berechnung des Krankengeldes für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt nach § 47 Absatz 4

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Satz 2 als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Damit ist das Regelentgelt, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Krankengeldberechnung maßgeblich war, unabhängig von Beitragsnachberechnungen nach dem neuen § 240 Absatz 4a Satz 3 endgültig festzustellen. Dabei wird berücksichtigt, dass der Versicherte typischerweise zur Sicherung seines Lebensunterhalts auf das Krankengeld angewiesen ist und die Bewilligung zeitnah zum Ausfall des zu ersetzenden Einkommens erfolgen muss. Dem wird Rechnung getragen, wenn als Regelentgelt im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auf die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich gewesene Beitragsbemessungsgrundlage und damit auf diejenigen Verhältnisse im aktuellen Versicherungsverhältnis abgestellt wird, die anhand einfach festzustellender Tatsachen rasch und verwaltungspraktikabel ermittelt werden können. Dies trägt der Funktion des Krankengeldes Rechnung, den Entgeltersatz bei vorübergehendem Verlust der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 5 stellt klar, dass Absatz 4a auch im Falle der Beitragsfestsetzung aufgrund der nach den Sätzen 3 und 4 in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 10. Dezember 2014 geregelten Härtefallregelung für hauptberuflich Selbständige Anwendung findet. Hauptberuflich Selbständige können somit nach dem neuen Satz 5 die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße nicht nur für die Zukunft, sondern auch im Rahmen der endgültigen Beitragsberechnung nach Absatz 4a Satz 3 rückwirkend für das jeweilige Kalenderjahr durch Vorlage entsprechender Nachweise veranlassen.

Zu Absatz 4a

Absatz 4a regelt das neue System der Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Selbständige in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Satz 1 und 2

Erzielt das Mitglied allein oder neben anderen beitragspflichtigen Einnahmen Arbeitseinkommen, erfolgt die Festsetzung der Beiträge zunächst vorläufig. Die Vorläufigkeit der Beitragsfestsetzung erstreckt sich insbesondere auf das Arbeitseinkommen und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (Satz 5). Die vorläufigen Beiträge werden auf Grundlage des zuletzt ausgestellten Einkommensteuerbescheids festgesetzt, sofern eine Veranlagung zur Einkommensteuer bereits erfolgt ist.

Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt.

Reicht das Mitglied Nachweise auf Verlangen der Krankenkasse nicht ein, werden die vorläufigen Beiträge von freiwillig versicherten selbständig erwerbstätigen Mitgliedern für die Zukunft entsprechend Absatz 1 Satz 2, zweiter Halbsatz auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Dies stellt sicher, dass den Krankenkassen unverändert ein Sanktionierungsinstrument zur Verfügung steht, sofern das Mitglied seinen Mitwirkungspflichten nach § 206 nicht nachkommt. Bei der endgültigen Beitragsfestsetzung sind die Beiträge entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen zu berechnen, so dass es möglicherweise zu Erstattungen kommt.

Zu Satz 3

Mit Vorlage des Einkommensteuerbescheids sind die Beiträge rückwirkend für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid erlassen wurde, endgültig festzusetzen. Bei der endgültigen Beitragsfestsetzung sind diese Beiträge entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen zu berechnen, so dass es möglicherweise zu Erstattungen oder Nacherhebungen von Beiträgen kommen kann. Zugleich sind die vorläufigen Beiträge für die Zukunft auf Grundlage des nun vorliegenden Einkommensteuerbescheides neu festzusetzen. Auf diese Weise wird der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen möglichst gering gehalten, da die ermittelte Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen auf Grundlage des eingereichten Einkommensteuerbescheides sowohl für die rückwirkende endgültige Beitragsfestsetzung für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid die tatsächlichen Einkünfte nachweist, als auch für die vorläufige Beitragsfestsetzung für die Zukunft maßgebend ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Satz 4

Hinsichtlich der endgültigen Beitragsfestsetzung wird geregelt, dass die Beiträge selbständig erwerbstätiger Mitglieder für das jeweilige Kalenderjahr endgültig auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt werden, wenn das Mitglied seine tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nachweist. Die endgültige Beitragsberechnung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze ist ausschließlich für das Kalenderjahr vorzunehmen, für das die Nachweise nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf eingereicht wurden. Die vorläufige Beitragsberechnung für die darauffolgenden Kalenderjahre bleibt solange bestehen, bis auch für diese Jahre die Dreijahresfrist abgelaufen ist.

Zu Satz 5

Das neu eingeführte Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung für Beiträge aus dem Arbeitseinkommen wird auf die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung übertragen, weil insbesondere auch diese Einnahmen nachträglich über den aktuellen Einkommensteuerbescheid nachzuweisen sind. Dies gilt im Übrigen unabhängig davon, ob das freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte selbständige Mitglied daneben ein beitragspflichtiges Arbeitseinkommen erzielt.

Zu Satz 6

Die Beiträge für Mitglieder, deren zuletzt erlassener Einkommensteuerbescheid Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ausweist oder die erklären, dass sie über Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verfügen, werden auch für die Zukunft auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze endgültig berechnet.

Dies dient der Vermeidung unnötigen zusätzlichen Verwaltungsaufwands: Für Mitglieder, die bereits für ein gesamtes Kalenderjahr Höchstbeiträge geleistet haben und die diese auch weiterhin zu zahlen haben oder zahlen wollen, muss – wie bisher – kein weiterer Beitragsbescheid mit der endgültigen aber unveränderten Beitragshöhe erlassen werden. Zugleich werden unnötige Prüfungen weiterer Einkommenssteuerbescheide entbehrlich.

Für den Fall, dass dennoch Änderungen in den Einkommensverhältnissen des Mitglieds eintreten, die zu niedrigeren Beiträgen geführt hätten, steht ihm nach § 231 Absatz 3 ein Erstattungsanspruch für den Fall des Nachweises niedrigerer beitragspflichtiger Einnahmen zu. Das Mitglied wird dadurch Mitgliedern mit Einkünften unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gleichgestellt.

Zu Nummer 16c (§ 243 SGB V – Beitragsbemessung Selbständige)

Es handelt sich um eine in Bezug auf die geänderte Absatznummerierung in § 240 angepasste Verweisungsregelung.

Zu Nummer 16d (§ 268 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Für Zwecke der Auswertung und Analyse des Risikostrukturausgleichs und seiner Datengrundlagen sind eine regionale Zuordnung der Versicherten und damit die Erhebung des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnorts durch die Krankenkassen notwendig. Auf Grundlage dieser Daten können wissenschaftliche Untersuchungen zum Risikostrukturausgleich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit oder des Bundesversicherungsamts (BVA) erfolgen.

Auch für die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273) ist die regionale Zuordnung der Versicherten erforderlich. Das BVA benötigt für seine Prüfung zur Feststellung von Auffälligkeiten und die Einzelfallprüfung bei betroffenen Krankenkassen nach § 273 Absatz 2 und 3 eine Regionalkennziffer als zusätzliches Analysemerkmal, um bei der Untersuchung der von den Krankenkassen übermittelten Daten auch regionale Auffälligkeiten feststellen zu können. Dies verbessert zum Beispiel die Möglichkeit, Auffälligkeitsprüfungen im Hinblick auf die Entwicklung der übermittelten Diagnosekodierungen im Bereich der sog. Selektivverträge durchzuführen. Auch regional durchgeführte, unzulässige Nacherfassungen von Diagnosen können so besser erkannt werden.

Der amtliche Gemeindeschlüssel ist für diese Zielsetzungen als Regionalkennziffer am besten geeignet. Versicherte, die ihren Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland haben, sind bei der Erhebung nicht zu erfassen, da für diese Versicherten kein amtlicher Gemeindeschlüssel existiert. Für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten gelten die Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 7 entsprechend. Damit ist der

Datenschutz für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung dieser personenbezogenen Daten sichergestellt. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsverringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll. Die Erhebungspflicht für die Krankenkassen beginnt am 1. Juli 2017, so dass die erstmalige Lieferung des amtlichen Gemeindeschlüssels für das Berichtsjahr 2016 an das BVA am 15. August 2017 möglich ist.

Zu Nummer 16e (§ 269 SGB V – Folgegutachten Risikostrukturausgleich)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 3a

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat in seinem Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 auf erheblichen Forschungsbedarf bei der zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, hingewiesen. Aufgrund der Komplexität dieser Thematik wurde mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) ein mehrstufiger Forschungs- und Analyseprozess aufgesetzt, um in den genannten Bereichen zu einer zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zu kommen. Mit dieser Vorschrift wird geregelt, dass auf der Grundlage der nach Absatz 3 erstellten Gutachten sowie gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer wissenschaftlicher Ergebnisse nun Folgegutachten zu erstellen sind. In diesen Folgegutachten sollen unter Beachtung der gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an die Weiterentwicklung des RSA (§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4) ausgewählte Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben sowie zur Deckung der standardisierten Ausgaben für Auslandsversicherte auf Grundlage der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen geprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgabe, die Modelle zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln, bedeutet, dass die Modelle im Gutachten so konkret beschrieben und ausgestaltet werden, dass auf Grundlage des Gutachtens in einem nächsten Schritt die gesetzlichen Regelungen für eine angepasste Standardisierung in diesen Bereichen umgesetzt werden können.

Die Überprüfung der Modelle auf der Grundlage der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen ist insbesondere notwendig, um sicherzustellen, dass die im Rahmen der Gutachten nach Absatz 3 auf Basis von Stichproben konzipierten Modelle keiner stichprobenbedingten Verzerrung unterliegen. Durch die Regelung in den Sätzen 2 und 3 wird klargestellt, dass die begutachtenden Personen bzw. Personengruppen (nachfolgend: die Gutachter) Einsicht in die von den Krankenkassen erhobenen und dem BVA zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA übermittelten Daten, in die bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) vorliegenden Daten sowie in die von den Krankenkassen nach den Absätzen 3b und 3c neu zu erhebenden und nach Absatz 3d an das BVA zu übermittelnden Daten nehmen können. D.h. den Gutachtern wird ein Einsichtsrecht im Sinne des § 67 Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b erste Alternative des Zehnten Buches in die im Gesetzestext genannten Daten beim BVA bzw. der DVKA eingeräumt.

Zu Absatz 3b

Die Regelung umfasst die zusätzliche Erhebung der Daten, die entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach Absatz 3 Satz 1 notwendig sind zur Weiterentwicklung der dort entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld. Die Daten sollen – entsprechend der Zweckbindung der Datenerhebung für die Erstellung der Gutachten – als Vollerhebung für die Berichtsjahre 2016 und 2017 erhoben werden. Zur näherungsweisen Bestimmung der versichertenindividuellen Krankengeldzahlbeträge („Preiseffekt“ beim Krankengeld) sind von den Krankenkassen jeweils die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit bzw. aus dem Bezug von Arbeitslosengeld zu melden sowie die Tage, an denen diese Einkommen jeweils erzielt wurden (Nummern 1, 2 und 3). Zudem sind Daten zur Morbidität (Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen – Nummer 4) und zu den jeweiligen Leistungsausgaben für Krankengeld und den jeweiligen Bezugszeiträumen (Nummern 5 und 6) zu übermitteln sowie Daten, mit denen die Modelle nach der jeweils ausgeübten Tätigkeit der Versicherten (Nummer 7) oder Merkmalen des

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

jeweiligen Beschäftigungsbetriebs (Nummer 8) differenziert werden könnten. Mit Hilfe der versichertenbezogenen Daten zu den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen (Nummer 4) kann überprüft werden, ob die zusätzliche Berücksichtigung der krankengeldspezifischen Morbidität die Ausgestaltung zielgenauerer Modelle zum Krankengeld ermöglicht. Von der Regelung sind auch die Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen erfasst, die auf im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a von Krankenhäusern ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anzugeben sind, da hierfür nach § 39 Absatz 1a Satz 6 zweiter Halbsatz die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Durch die versichertenbezogenen Leistungsausgaben für das Krankengeld nach den §§ 44 und 45 sowie die Bezugstage (Nummern 5 und 6) lassen sich die Modelle nach normalem Krankengeld und dem sogenannten Kinderpflegekrankengeld differenzieren. Mit den Daten zu den Tätigkeitsschlüsseln (Nummer 7) bzw. den betriebsbezogenen Merkmalen (Nummer 8) kann überprüft werden, ob eine Differenzierung der Modelle nach Branche oder Tätigkeit der Versicherten zu einer zielgenaueren Zuweisung führt.

Zu Absatz 3c

Es wird geregelt, dass von den Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 als Vollerhebung versichertenbezogen das Grenzgängerkennzeichen (Kennzeichnung von Versicherten, die in Deutschland arbeiten und krankenversichert sind, aber im Ausland wohnen) und das Länderkennzeichen (Kennzeichnung des Wohnstaats der Versicherten) erhoben werden. Diese Daten sind entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach Absatz 3 Satz 1 notwendig, um die Zuweisungen länderspezifisch differenzieren sowie die Finanzwirkung der Leistungsinanspruchnahme durch Grenzgänger analysieren und in den ausgewählten Modellen zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte berücksichtigen zu können. In Satz 3 werden zudem Datenlieferungen der DVKA an das BVA vorgegeben. Bei diesen Daten handelt es sich nicht um versichertenbezogene Daten, sondern um aggregierte Abrechnungsbeträge und damit um anonymisierte Daten. Es wird geregelt, dass die DVKA die landesspezifischen Abrechnungsbeträge zu erheben und dem BVA zu übermitteln hat. Das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum genauen Umfang der von der DVKA zu erhebenden und zu übermittelnden Daten bestimmt das BVA im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hier sind auch die Lieferfristen zu regeln. Zudem kann die Lieferung weiterer, für Zwecke des Folgegutachtens zu den Auslandsversicherten erforderlicher nicht personenbezogener Daten durch die DVKA an das BVA vereinbart werden. Diese können sich auf weitere Angaben, wie etwa die Anzahl der abgerechneten Fälle je Wohnstaat oder vergleichbare aggregierte Daten, erstrecken.

Zu Absatz 3d

Es wird bestimmt, dass die Daten nach den Absätzen 3b und 3c dem BVA erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu übermitteln sind. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten sowie der Fragen des Datenumfangs bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsverringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll. Zudem wird für das BVA und die DVKA die Möglichkeit geschaffen, die ihnen vorliegenden, für die Gutachtenserstellung jeweils erforderlichen Daten an die Gutachter zu übermitteln, falls die ausschließliche Nutzung der Daten über eine Einsichtnahme gemäß Absatz 3a aus technischen oder organisatorischen Gründen unzureichend ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Bearbeitung der gutachterlichen Fragestellungen einer besonderen räumlichen oder informationstechnischen Infrastruktur bedarf, die nicht ohne erheblichen Aufwand bereitgestellt werden kann. Die Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA liegen beim BVA bereits in pseudonymisierter Form vor. Gleiches wird für die nach den Absatz 3b Satz 2 und Absatz 3c Satz 2 für die Erstellung der Folgegutachten zu erhebenden und nach Absatz 3d an das BVA zu übermittelnden Daten gelten. Bei der DVKA ist die Pseudonymisierung oder Anonymisierung der Daten vor Einsichtnahme bzw. Übermittlung an die Gutachter herzustellen, sofern es sich dabei um versichertenbezogene Daten handelt. Die Daten dürfen jeweils ausschließlich für die in den Absätzen 3b und 3c genannten Zwecke (Gutachtenerstellung) genutzt werden. Nach Übergabe der jeweiligen Gutachten an das BVA sind die an die Gutachter übermittelten Daten unverzüglich zu löschen. Diese Löschung ist gegenüber dem BVA oder der DVKA in Form eines Löschprotokolls nachzuweisen, aus dem Datums- und Zeitangabe der Löschung, das Löschverfahren sowie die Person, welche die Löschung vorgenommen hat, hervorgehen. Bei den in Absatz 3c Satz 3 genannten Daten (Datenlieferung der DVKA an das BVA) ist dies nicht erforderlich, da es sich hier nicht um versichertenbezogene, sondern um statistische – und somit anonymisierte – Daten handelt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 16f (§ 273 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Das BVA ist bei der Prüfung nach § 273 Absatz 3 auf die Kooperation der Krankenkassen angewiesen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Bereitstellung von Unterlagen, mit Hilfe derer die Schadenshöhe, die sich aus den in unzulässiger Weise gemeldeten Diagnosedaten ergibt, ermitteln lässt. Da sich bei bisherigen Prüfungen gezeigt hat, dass Krankenkassen sich teilweise einer Kooperation entziehen und die angeforderten Auskünfte und Nachweise nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht an das BVA liefern, wird mit dieser Regelung klargestellt, dass die Krankenkassen zur Mitwirkung bei der Aufklärung verpflichtet sind. Für den Fall, dass sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann das BVA ein Zwangsgeld nach § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen. Bei der Festlegung der Frist, innerhalb derer die Krankenkassen die geforderten Auskünfte und Nachweise vorlegen müssen, hat das BVA einen Ermessensspielraum. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wird durch die Neufassung des § 273 Absatz 3 Satz 3 gewahrt. Das BVA erhält die Möglichkeit, ein Zwangsgeld in Höhe von bis zu 10 Millionen Euro zu verhängen. Für Klagen gegen die Festsetzung des Zwangsgelds gilt § 273 Absatz 5 Satz 2.

Zu Nummer 16g (§ 276 SGB V – Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung)

Im Rahmen der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kann es in bestimmten Situationen erforderlich werden, dass von einem MDK rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten an einen anderen MDK übermittelt werden müssen, um bei einem Wechsel der Zuständigkeit für einen Auftrag dessen Bearbeitung zu ermöglichen. Mit der Ergänzung des Satzes 1 wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den MDK geschaffen. Voraussetzung für die rechtmäßige Übermittlung der Sozialdaten zwischen den MDK ist, dass diese für die Prüfungen, Beratungen und gutachtliche Stellungnahmen des MDK, an den die Sozialdaten übermittelt werden, im Rahmen seiner Zuständigkeit erforderlich sind.

Zu Nummer 16h (§ 279 SGB V – Patientenvertretung MDK)

§ 279 Absatz 4a Satz 8 regelt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Kosten der Tätigkeit des bei dem MDK zu errichtenden Beirats zu tragen hat. Der Umfang und die Grenzen der Kostentragungspflicht sind nicht eindeutig geregelt. Es bestehen Unklarheiten in der Rechtsanwendung durch die MDK in den einzelnen Ländern. Mit der Übernahme der Regelungen des § 140f Absatz 5 zur Kostentragung für sachkundige Personen im Rahmen der Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten wird eine einheitliche Vorgabe für die Rechtsanwendung bezüglich der bei den MDK errichteten Beiräte geschaffen und eine Gleichstellung mit den Regelungen für die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten vorgenommen. Um die Gefahr einer unterschiedlichen Rechtsauslegung in den Satzungen der MDK in den einzelnen Ländern zum Nachteil der Beteiligungsrechte der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe in den Beiräten der MDK zu vermeiden, ist die Neuregelung erforderlich. Der Anspruch der Vertreter der Beiräte richtet sich gegen den Medizinischen Dienst, bei dem der Beirat nach Satz 1 errichtet ist.

Zu Nummer 18a (§ 295 SGB V – Uhrzeitangaben zu vertragsärztlichen Leistungen in EBM/BEMA-Abrechnungen)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen, soweit es für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung ambulanter Leistungen erforderlich ist, auch die Uhrzeit der Leistungserbringung zu übermitteln. Uhrzeitangaben bei der Abrechnung von ambulanten Leistungen können als Abrechnungsbegründung bei der Abrechnung von Notfallleistungen, von mehr als einem Besuch oder einer Visite an demselben Tag sowie von mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebstätte an demselben Tag, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden, erforderlich sein. In der zahnärztlichen Versorgung ist die Uhrzeit ebenfalls Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter Leistungen bzw. Zuschläge. Insgesamt handelt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

es sich aber nur um sehr wenige Gebührenordnungspositionen, bei deren Abrechnung die Angabe der Uhrzeit für die genannten Aufgaben relevant sein kann.

In welchen Fällen die Angabe der Uhrzeit erforderlich ist, ergibt sich aus dem Inhalt der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen, die durch den jeweiligen Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sowie im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen durch Beschlussfassung bestimmt werden. Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse sind zusammen mit den entscheidungserheblichen Gründen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Das BMG kann die Beschlüsse im Rahmen der Rechtsaufsicht innerhalb von zwei Monaten beanstanden (§ 87 Absatz 6 Satz 2).

Zu Buchstabe b

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erhobenen Daten sind an die Krankenkassen weiterzugeben, sofern die Krankenkassen diese für die Durchführung ihres Prüfauftrages nach § 106d Absatz 3 benötigen. Die Bewertung der Leistungen, bei denen die Uhrzeit anzugeben ist, unterscheidet sich nicht aufgrund von unterschiedlichen Leistungsinhalten, sondern aufgrund der Uhrzeit der Leistungserbringung. Die Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, die Abrechnung zu prüfen, da die von ihnen zu zahlenden Anteile am zu vergütenden Behandlungsbedarf sich jeweils nach den für ihre Versicherten abgerechneten Leistungen richten. Für eine mit falscher Uhrzeitangabe abgerechnete Leistung besteht auch keine Leistungspflicht der Krankenkasse im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das die Rolle der Krankenkassen bei der Abrechnungsprüfung deutlich gestärkt hat. Die Weitergabe der Uhrzeit ist zudem erforderlich, um die Prüfung der Plausibilität von Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen durchführen zu können (Feststellung von Auffälligkeiten z. B. durch eine außergewöhnliche Häufung der Abrechnung von uhrzeitabhängigen Leistungen).

Zu Nummer 18b (§ 299 SGB V – Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung)

Soweit Kassenärztliche Vereinigungen in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 mit der Wahrnehmung der Aufgabe einer Datenannahmestelle für Daten der Qualitätssicherung beauftragt werden, wird ihnen durch die Neuregelung die Einsichtnahme in diese Daten ermöglicht.

Zu den Aufgaben einer Datenannahmestelle gehört die Prüfung der übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die Unterstützung der datenübermittelnden Ärztinnen und Ärzte bei möglichen Fehlermeldungen. Die Einsichtnahme in die übermittelten Daten ist Voraussetzung für eine solche ordnungsgemäße Datenprüfung vor der Weiterleitung der Daten an die Vertrauensstelle. Zur Umsetzung von datengestützten Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung könnte der Gemeinsame Bundesausschuss den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig auch die Durchführung von Einrichtungsbefragungen übertragen. In Betracht kommt insbesondere die Einrichtung von Webportalen für Einrichtungsbefragungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen z. B. für das Anfang 2017 startende sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. Nach den bisherigen Erfahrungen im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat sich gezeigt, dass erforderliche Software-Programme für Qualitätssicherungsverfahren im ambulanten Bereich durch Softwarehersteller gar nicht oder zumindest nicht flächendeckend angeboten werden. Damit in solchen Fällen überhaupt durch Kassenärztliche Vereinigungen ein Angebot zur Dateneingabe gemacht werden kann, wird die Ausnahme vom Verbot der Einsichtnahme in Qualitätssicherungsdaten deshalb auch auf die Durchführung von Einrichtungsbefragungen erstreckt, die den Kassenärztlichen Vereinigungen in Richtlinien zur Qualitätssicherung übertragen werden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird vorgegeben, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen insbesondere in ihrer Funktion als Datenannahmestelle übermittelten Daten nur für Zwecke der Qualitätssicherung, d. h. nur für die in den Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 festgelegten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Dies bedeutet, dass sie diese Daten auch nicht mit anderen Daten, wie z. B. bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Abrechnungsdaten zusammenführen dürfen. Für die Wahrnehmung der Aufgaben zur Qualitätssicherung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen räumlich und personell getrennte Einheiten vorsehen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 20 (§ 302 SGB V – Transparenz über geleistete Aufzahlungen)

Zu Buchstabe a

Der Text entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Um Transparenz über die geleisteten Aufzahlungen zu erhalten und sicherzustellen, dass die von den Krankenkassen nach Absatz 1 erhobenen Informationen über die von den Versicherten geleisteten Aufzahlungen über die Zwecke des Vertragscontrolling hinaus auch für die Gewährleistung des Sachleistungsprinzips und die Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung zur Verfügung stehen, erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag, regelmäßig über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen zu berichten. Im Bericht enthalten sein sollen insbesondere nach Produktgruppen differenzierte quantitative Daten, wie die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Aufzahlungen. Gegenstand des Berichts können aber auch qualitative, bspw. im Rahmen von Patientenbefragungen erhobene Daten über die Gründe sein, die Versicherte zum Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen bewogen haben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ermächtigt, gegenüber seinen Mitgliedskassen die für die Berichte erforderlichen statistischen Daten festzulegen. Er hat sich dabei an den Inhalten der Abrechnungsdaten gemäß § 302 zu orientieren, darüber hinaus kann er auch Daten hinzuziehen, die auf Grundlage seiner Empfehlungen nach § 127 Absatz 5b von den Krankenkassen erhoben wurden. Der Bericht enthält weder versichertenbezogene noch einrichtungsbezogene Daten und auch bei den von den Krankenkassen zu übermittelnden statistischen Informationen handelt es sich um anonymisierte Daten, d. h. um Daten ohne Personenbezug, sowie ohne Einrichtungsbezug.

Zu Nummer 20a (§ 303 SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Die vorbehaltlose und umfassende Möglichkeit zur Korrektur und Ergänzung der für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen den Krankenkassen von den Leistungserbringern – einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen – übermittelten Diagnosedaten, sind entsprechend der gesetzlichen Intention restriktiv zu handhaben, um missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel auszuschließen. Dies stellt die Regelung klar. Die Pflicht, Diagnosen bei ärztlicher Behandlung in den Abrechnungsunterlagen verschlüsselt aufzuzeichnen und zu übermitteln, trifft einzig den Leistungserbringer. Dabei ist der Leistungserbringer dafür verantwortlich, dass er die Diagnosen korrekt verschlüsselt (§ 295 Absatz 1). Die vom Leistungserbringer an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung der Leistungen übermittelten Diagnoseschlüssel sind daher von der Kassenärztlichen Vereinigung unverändert an die Krankenkasse zu übermitteln. Lediglich in berechtigen Ausnahmefällen bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern sehen die gegenwärtigen Regelungen im Bundesmantelvertrag zum Datenträgeraustausch Korrekturmöglichkeiten vor. Insbesondere wird klargestellt, dass nachträgliche Erhebungen von Diagnosedaten auch im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106d unzulässig sind. Eine Korrektur von fehlerhaft oder unvollständig übermittelten administrativen Daten der Leistungserbringer (z. B. Institutionskennzeichen oder Arztnummer) und der Versicherten (Angaben nach § 291 Absatz 2 Satz 1) bleibt davon unberührt.

Zu Nummer 22 (§ 305a SGB V – Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Grundsätzlich gilt, dass die Krankenkassen nur in den gesetzlich geregelten Fällen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beraten dürfen. Deshalb stellt die Regelung klar, dass es im Rahmen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Absatz 1 des Vierten Buches gehört, die Ärztinnen und die Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation der Diagnosen zu beraten. Unzulässig ist auch eine beratende Beeinflussung des Kodierverhaltens über den Einsatz von Praxissoftware. Einzelfälle, in denen sogenannte Kodierberatungen durchgeführt worden sind, sind den Aufsichtsbehörden bekannt und aufsichtsrechtlich aufgegriffen worden, um sicherzustellen, dass keine nachträgliche Bearbeitung der Datengrundlage erfolgt (hierzu wird auch auf die Klarstellung in § 303 Absatz 4 verwiesen). Im gesetzlichen Rahmen weiterhin zulässig sind Beratungen der Ärztinnen und Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit der von

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen nach Satz 1 (vgl. auch § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sowie Satz 5).

Zu Artikel 1a (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (SGB IV – Inhaltsübersicht)

Anpassung der Inhaltsübersicht an die Einfügung des § 118.

Zu Nummer 2 (§ 23c SGB IV – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Die Notarztversorgung in Deutschland erfolgt weit überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte, die diese zusätzlich zu einer Tätigkeit übernehmen. Angesichts einer steigenden Anzahl von Notarzteinsätzen nimmt der Bedarf an geeigneten Notärztinnen und Notärzten im Rettungsdienst zu. Gerade in ländlichen Regionen steht die Notarztversorgung deshalb vor besonderen Herausforderungen. Die notwendige Versorgung kann ohne Ärztinnen und Ärzte, die zusätzlich zu einer Tätigkeit notärztliche Dienste im Rettungsdienst übernehmen, vor Ort nicht anderweitig sichergestellt werden.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung ist im Interesse des Allgemeinwohls und zum Schutz von Leben und Gesundheit von Patientinnen und Patienten in Akutsituationen notwendig. Mit der Neuregelung wird dieses zusätzliche Engagement von Ärztinnen und Ärzten erleichtert.

Die Regelung beschränkt sich auf Ärztinnen und Ärzte, die ihre notärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst zusätzlich zu einer Beschäftigung mit einem Mindestumfang von 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes ausüben. Ferner gilt sie für zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die eine Privatpraxis betreiben, in Bezug auf ihre zusätzliche notärztliche Tätigkeit.

Satz 2 bestimmt, dass für die in Satz 1 näher bezeichneten beitragsfreien Tätigkeiten keine Meldepflichten nach diesem Gesetzbuch bestehen.

Zu Nummer 3 (§ 118 SGB IV – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)**)**

Folgeänderung zu § 23c Absatz 2.

§ 23c Absatz 2 soll keine Wirkung auf bereits bestehende Vertragsverhältnisse entfalten. Daher bleibt es für Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt, die bereits vor dem Inkrafttreten der Neuregelung des § 23c Absatz 2 vertraglich vereinbart worden sind, in Bezug auf die Beitragspflicht zur Sozialversicherung bei dem am Tag vor Inkrafttreten des § 23c Absatz 2 geltenden Recht.

Zu Artikel 1b (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 2 SGB VII – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit der Änderung des § 23c des Vierten Buches. Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz für Personen, die eine Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt zusätzlich zu einer weiteren Tätigkeit ausüben, wird in einem Versicherungstatbestand zusammengefasst. Durch diese einheitliche Regelung wird der Versicherungsschutz für diese Personen sichergestellt.

Der Unfallversicherungsschutz von sonstigen notärztlichen Tätigkeiten bestimmt sich nach den allgemeinen Regeln.

Zuständigkeit und Beitragserhebung richten sich nach den allgemeinen Vorschriften. Zuständig ist der Unfallversicherungsträger des jeweiligen Unternehmens, für das die Notärztin oder der Notarzt tätig wird. Diese Unternehmen sind nach § 150 Absatz 1 Satz 1 auch für alle nach der neuen Vorschrift Versicherten beitragspflichtig.

Zu Nummer 2 (§ 135 SGB VII – Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1. Bei dem neu geschaffenen § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe d handelt es sich um eine Spezialvorschrift, die den Versicherungsschutz für Personen zusammenfasst, die eine Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt zusätzlich zu einer weiteren Tätigkeit ausüben. Diese Versicherung ist vorrangig gegenüber der Versicherung nach den allgemeinen Regelungen des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 9.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 1c (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum geänderten § 5 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu Artikel 1d (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um eine in Bezug auf die geänderte Absatznummerierung in § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) angepasste Verweisungsregelung.

Zu Artikel 1e (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

In dieser Norm werden nähere Vorgaben zu den vom BVA gemäß § 269 Absatz 3a SGB V in Auftrag zu gebenden Gutachten gemacht.

In Absatz 1 wird vorgegeben, dass das BVA die Gutachten an Personen oder Personengruppen zu vergeben hat, die über einschlägige Kenntnisse in Bezug auf die Versichertenklassifikation verfügen. Um eine möglichst breite Expertise sicherzustellen, kann das BVA die Gutachten dabei jeweils auch an mehrere – kooperierende - Gutachter vergeben.

In Absatz 2 werden die Zielsetzungen der Gutachten näher bestimmt: Aufgrund der Komplexität der Thematik wurde mit dem GKV-FQWG ein mehrstufiger Forschungs- und Analyseprozess aufgesetzt, um bei den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, zu einer zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zu kommen. Nachdem die Erstgutachten zu diesen beiden Themen vorliegen, steht in den Folgegutachten nunmehr insbesondere die Überprüfung der in den Erstgutachten aufgeführten Modelle sowie deren Weiterentwicklung auf der Grundlage von Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen im Fokus. Dabei sind die weiteren gesetzlichen Vorgaben gemäß § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 SGB V zu beachten (Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten, Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion, Vermeidung von Anreizen zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen). Neben den Ergebnissen der nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgelegten Gutachten sind von den Gutachtern dabei jeweils auch weitere aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zum jeweiligen Themenfeld zu berücksichtigen. Die Modelle sind zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln, d.h. die Modelle sollen im Gutachten so konkret beschrieben und ausgestaltet werden, dass auf Grundlage des Gutachtens die gesetzlichen Regelungen für eine angepasste Standardisierung in diesen Bereichen umgesetzt werden können.

In den Absätzen 3 und 4 wird jeweils dargelegt, welche inhaltlichen Anforderungen die ausgewählten Modelle erfüllen müssen.

Absatz 3 bestimmt, dass im Folgegutachten für Krankengeld insbesondere Modelle geprüft und weiterentwickelt werden sollen, die die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten (Mengenkomponente) und versichertenindividueller Krankengeldzahlbeträge (Preiskomponente) ermitteln. Die Morbidität ist bei der Standardisierung zu berücksichtigen, wobei das Gutachten überprüfen soll, wie diese Morbidität am besten abgebildet werden kann (z.B. auch unter Hinzuziehung der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen). Zusätzlich ist zu überprüfen, ob und welche der Daten zur Umschreibung der weiteren Bestimmungsfaktoren, die entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse zusätzlich beeinflussen könnten (wie Tätigkeitsschlüssel und der Branchenschlüssel) in die Modelle einzubeziehen sind. Zur Lösung des ggf. fortbestehenden Problems kleiner Krankenkassen, bei denen eine erhebliche Unterdeckung einzelner Versicherter relevanten Einfluss auf die Deckungsquote der Krankenkasse hat, soll ein ergänzender Ausgleich der Ist-Ausgaben – in Anlehnung an die geltende Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 3 – geprüft werden. Hier wäre auch ein Ausgleich eines geringeren oder höheren Anteils der Aufwendungen denkbar oder aber die Installation eines spezifischen Hochrisikopools für Krankengeldfälle. Soweit weitere wissenschaftlich belastbare Erkenntnisse zur Modellentwicklung vorliegen, sollen diese in die Prüfung mit einbezogen werden. Die Aufwendungen der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 45 SGB V (Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes) sollen bei der Weiterentwicklung der Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Leistungsausgaben nach § 44 SGB V nicht berücksichtigt werden, da sie

in keinem Zusammenhang mit der Morbidität der Versicherten stehen. Dafür ist ein gesondertes Kinderkrankengeld-Zuweisungsmodell zu entwickeln: zu prüfen ist insbesondere ein Modell, das für jede Krankenkasse einen Ist-Ausgleich entsprechend ihrer Aufwendungen für Kinderkrankengeld vorsieht. Im Gutachten ist zu skizzieren, ob und wie ein solcher Ist-Kosten-Ausgleich oder eine mögliche Alternative organisiert und umgesetzt werden sollte.

Absatz 4 gibt die Anforderungen für das Folgegutachten für den Bereich der Auslandsversicherten vor. Das Gutachten nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V stellt fest, dass sich die Ausgabenniveaus der Krankenkassen für die Leistungsinanspruchnahme von Auslandsversicherten (Sachleistungsaushilfe) erheblich zwischen den verschiedenen Ländern unterscheiden. Daher sollen Ansätze geprüft werden, nach denen die Zuweisungen für Auslandsversicherte landesspezifisch zu differenzieren sind. Die konkrete Beschreibung der hierzu nötigen Daten und das Nähere zu deren Übermittlung hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V bzw. in der gesonderten Bestimmung nach § 269 Absatz 3c Satz 4 SGB V im Einvernehmen mit dem BVA umzusetzen. Zur Lösung des ggf. fortbestehenden Problems einer Gesamtüberdeckung bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Ebene der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), also einer Überdeckung der Gesamtausgaben für Auslandsversicherte durch die Gesamtzuweisungen für diese Gruppe, soll die Umsetzung einer ergänzenden Kappungsregelung – in Anlehnung an die geltende Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 2 – geprüft werden. Dazu sollte die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von den Auslandsversicherten verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden. In diesem Zusammenhang ist auch eine symmetrische Ausgestaltung der Regelung zum Ausgleich einer möglichen GKV-weit auftretenden Unterdeckung zu prüfen, nach der, sollten die Gesamtzuweisungen für Auslandsversicherte unterhalb der Gesamtausgaben für diese Personengruppe liegen, die Gesamtzuweisungen auf das Niveau der Gesamtausgaben anzuheben sind. Außerdem soll überprüft werden, ob aus Gründen der Verwaltungseffizienz auch ein Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen für Auslandsversicherte möglich und geeignet wäre.

Absatz 5 gibt vor, dass die Gutachten nach Absatz 3 und 4 jeweils bis zum 31. Dezember 2019 abgeschlossen sein sollen. Die Frist berücksichtigt mögliche notwendige IT-technische Anpassungsbedarfe, die sich für die Krankenkassen oder die DVKA aus der Bereitstellung der Daten ergeben können.

Zu Artikel 1f (Änderung des Krankenpflegegesetzes)

Zu § 19 – 18-Monats-Regelung bei Meldung grenzüberschreitender Dienstleistungen mit Europäischem Berufsausweis

Nach Einführung des Europäischen Berufsausweises für „Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege“ im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22) durch die ab dem 18. Januar 2016 geltende Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 der Kommission vom 24. Juni 2015 betreffend das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises und die Anwendung des Vorwarnmechanismus gemäß der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L 159 vom 25.6.2015, S. 27) ist die Meldefrist für die Erbringung von Dienstleistungen durch Inhaber eines Europäischen Berufsausweises entsprechend Artikel 4c Absatz 1 Satz 4 der Richtlinie 2005/36/EG anzupassen. Danach darf der Aufnahmemitgliedstaat bei Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises für die vorübergehende und gelegentliche Erbringung von Dienstleistungen während der folgenden 18 Monate keine weitere Meldung verlangen.

Zu Artikel 1g (Änderung der Bundes-Apothekerordnung)

Zu § 11a – 18-Monats-Regelung bei Meldung grenzüberschreitender Dienstleistungen mit Europäischem Berufsausweis

Nach Einführung des Europäischen Berufsausweises für Apotheker durch die ab dem 18. Januar 2016 geltende Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 ist die Meldefrist für die Erbringung von Dienstleistungen durch Inhaber eines Europäischen Berufsausweises entsprechend Artikel 4c Absatz 1 Satz 4 der Richtlinie 2005/36/EG anzupassen. Danach darf der Aufnahmemitgliedstaat bei Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises für die vorübergehende und gelegentliche Erbringung von Dienstleistungen während der folgenden 18 Monate keine weitere Meldung verlangen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 1h (Änderung des Notfallsanitätergesetzes)

Bei Erlass des Notfallsanitätergesetzes hatte sich der Gesetzgeber entgegen sonst üblicher Besitzstandsregelungen dazu veranlasst gesehen, die Personen, die eine Ausbildung nach dem Rettungsassistentengesetz abgeschlossen hatten, nicht ohne Weiteres als Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter neuen Rechts anzuerkennen. Vielmehr sollten sie, um die neue Erlaubnis zu erhalten, eine Anpassungsmaßnahme in Form einer Nachqualifizierung durchlaufen müssen. Derartige Vorgaben waren zum Schutz der Patientinnen und Patienten und im Interesse der neuen Qualität des Notfallsanitäterberufs von allen beteiligten Experten für erforderlich und angemessen gehalten worden.

Diese Einschätzung gilt auch fort. Im Vollzug des Gesetzes zeigen sich jedoch Schwierigkeiten hinsichtlich des Umfangs an Berufserfahrung im Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten, die nach geltendem Recht zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Notfallsanitätergesetzes vorgelegen haben musste.

Hier soll es zukünftig möglich sein, dass auch nach Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes erworbene Berufserfahrung im Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten berücksichtigt wird, um je nach Umfang der dann erworbenen Berufserfahrung an einer Nachqualifizierung nach den Sätzen 1 oder 2 teilnehmen zu können. Dem tragen die vorgesehenen Streichungen Rechnung.

Daran, dass die Nachqualifizierungen spätestens sieben Jahre nach Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes abgeschlossen sein müssen, wird festgehalten.

Zu Artikel 1i (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes – Mutterschutz**)**

Zu Nummer 1 (§ 192)

Mit der Ergänzung in § 192 Absatz 5 wird der Leistungsanspruch aus einer privaten Krankentagegeldversicherung für schwangere Versicherte und Wöchnerinnen ausgeweitet. Mit dem neuen Satz 2 erster Halbsatz wird ein Anspruch auf Krankentagegeld zur Kompensation eines Verdienstausfalls während der gesetzlichen Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie am Entbindungstag unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten geschaffen. Der Anspruch besteht nur, soweit die Versicherte in den genannten Zeiträumen nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist und daher tatsächlich einen Verdienstausfall erleidet. Bei einem teilweisen Verdienstausfall besteht der Anspruch auf das vereinbarte Krankentagegeld anteilig.

Durch den zweiten Halbsatz in Satz 2 wird ein Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld ausgeschlossen, soweit den betroffenen Frauen im Zeitraum der gesetzlichen Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz ein anderweitiger Anspruch auf angemessenen Ersatz ihres Verdienstausfalls durch Entgeltersatzleistungen zusteht. Damit werden insbesondere Arbeitnehmerinnen, die über eine private Krankentagegeldversicherung verfügen, denen jedoch aufgrund ihres Anspruchs auf das Mutterschaftsgeld nach § 13 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) und auf den Arbeitgeberzuschuss nach § 14 MuSchG bereits eine weitgehende Kompensation ihres Verdienstausfalls zusteht, vom Umfang des neu geschaffenen Leistungsanspruchs ausgeschlossen.

Mit der Änderung werden die Möglichkeiten für eine finanzielle Absicherung von privat krankenversicherten selbstständig erwerbstätigen Frauen denen der gesetzlich Versicherten angeglichen. Selbstständige, die im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, haben die Möglichkeit, Krankengeld als Wahlleistung durch die Krankenkasse abzusichern, und erhalten dann nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) während der gesetzlichen Schutzfristen nach dem MuSchG Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes. Privat krankenversicherte Selbstständige erhalten hingegen keinerlei Mutterschaftsgeld und haben bislang auch nicht die Möglichkeit, eine entsprechende Absicherung über das private Krankenversicherungsunternehmen zu erlangen.

Da vielen privat krankenversicherten selbstständig erwerbsfähigen Frauen die Kompensation eines Verdienstausfalls von in der Regel 14 Wochen aus eigenen Mitteln nicht möglich ist, haben die Betroffenen oftmals keine Möglichkeit, den mit Schwangerschaft und Geburt verbundenen besonderen Belastungen durch eine Reduzierung oder Einstellung ihrer beruflichen Tätigkeit während der gesetzlichen Schutzfristen Rechnung zu tragen. Die Änderung in § 192 Absatz 5 ermöglicht privat krankenversicherten selbstständig erwerbsfähigen Frauen, während der letzten Wochen vor und der ersten Wochen nach der Entbindung unabhängig von finanziellen Erwägungen zu entscheiden, ihrer beruflichen Tätigkeit nicht oder nur eingeschränkt nachzugehen. Die Regelung dient damit

dem gesundheitlichen Schutz der betroffenen Frauen und ihrer Kinder, die nach Artikel 6 Absatz 4 des Grundgesetzes einen Anspruch auf besonderen Schutz haben.

Die Änderung trägt zudem zur Gleichbehandlung von Selbstständigen und Angestellten bei (vgl. Richtlinie 2010/41/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Juli 2010 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, und zur Aufhebung der Richtlinie 86/613/EWG des Rates). Arbeitnehmerinnen sind, unabhängig davon ob sie über eine private oder gesetzliche Krankenversicherung verfügen, während der gesetzlichen Schutzfristen nach dem MuSchG durch das Mutterschaftsgeld (§ 13 MuSchG) und den Arbeitgeberzuschuss (§ 14 MuSchG) finanziell abgesichert. Auf dieser Grundlage erhalten sie regelmäßig Zahlungen in Höhe eines Großteils ihres Arbeitseinkommens.

Das Elterngeld ist nach der Regelung in § 192 Absatz 5 Satz 2 gegenüber der Versicherungsleistung der privaten Krankenversicherung eine vorrangige Leistung und wird daher auf die Zahlung des Krankentagegeldes angerechnet.

Zu Nummer 2 (§ 197)

Durch die Ergänzung in § 197 Absatz 1 Satz 1 wird geregelt, dass auch für das neue Krankentagegeld eine besondere Wartezeit von maximal acht Monaten vereinbart werden kann. Durch die Ergänzung erhalten Versicherer die Möglichkeit, das Risiko auszuschließen, dass kurz vor der Entbindung stehende Frauen unmittelbar nach Abschluss einer Krankentagegeldversicherung das neue Krankentage-geld nach § 192 Absatz 5 Satz 2 in Anspruch nehmen. Damit wird ein Gleichlauf hinsichtlich der Leistungen in Zusammenhang mit Entbindungen erreicht, für die ebenfalls eine besondere Wartezeit von acht Monaten statt der allgemeinen Wartezeit von drei Monaten vertraglich vereinbart werden kann.

Zu Nummer 3 (§ 208)

Mit der Änderung in § 208 wird erreicht, dass die Regelung des § 192 Absatz 5 Satz 2 nicht abbedungen werden kann.

Zu Artikel 1j (Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung – Mutterschutz**)**

Es handelt sich um Folgeänderungen, die aus den Änderungen durch Artikel 1j resultieren. Danach wird der Leistungsanspruch aus einer privaten Krankentagegeldversicherung für schwangere Versicherte und Wöchnerinnen ausgeweitet und ein Anspruch auf Krankentagegeld zur Kompensation des Verdienstausfalls während der gesetzlichen Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie am Entbindungstag unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten geschaffen.

Grundsätzlich hat dem Prinzip der risikogerechten Kalkulation folgend eine altersabhängige Kalkulation der Kopfschäden gemäß § 6 Absatz 1 zu erfolgen. Eine Ausnahme stellte bisher die Verteilung der Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten gemäß § 27 Absatz 4 in den Tarifen dar, die bis zum 21. Dezember 2012 eingeführt wurden. So durften die Versicherer für diese Tarife die Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten – die geschlechtsunabhängig zu verteilen sind – bereits auf einen größeren Altersbereich als denjenigen verteilen, in dem typischerweise Schwangerschaftskosten anfallen. Nunmehr wird mit den Neuregelungen in § 6 Absatz 4 sowie § 27 Absatz 4 Satz 5 für alle Tarife einheitlich festgelegt, dass die Kosten für Leistungen, die auf Grund des § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG in der Krankentagegeldversicherung erbracht werden, auf sämtliche im jeweiligen Tarif versicherten Personen zu verteilen sind, und zwar gleichmäßig.

Zu Artikel 1k (Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes – Mutterschutz**)**

Bei der vorgesehenen Änderung des § 4 Absatz 5 Satz 3 des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit handelt es sich um eine Folgeänderung, die aus der Neufassung des § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG folgt und privatversicherte Frauen gegenüber gesetzlich versicherten Frauen im Elterngeldbezug gleichstellt. Wie bei Frauen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und Anspruch auf Mutterschaftsleistungen haben, gelten bei privatversicherten Frauen die Monate, in denen ihnen gemäß § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG die Zahlung von Krankentagegeld zusteht, als Basiselterngeldmonate.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 40 – Beitragsbemessung Selbständige)

Die Änderung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2 (§ 46 – Beitragsbemessung Selbständige)

Mit der Änderung soll das bisherige Verfahren zur Beitragsbemessung für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Mitglieder beibehalten werden. Die bisherige Beitragsbemessung enthält Besonderheiten, die sich bewährt haben und für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Mitglieder nicht zu Nachteilen führen. Anders als die Neuregelung des neuen § 240 Absatz 4a SGB V, die ein möglichst verwaltungseffizientes und praktikables Beitragsbemessungssystem schaffen soll, würde eine vergleichbare Regelung für die landwirtschaftliche Krankenversicherung zu einem deutlich verwaltungsaufwändigeren Verfahren führen.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Zu den Absätzen 1, 4 und 5

Die Absätze 1, 4 und 5 entsprechen den bisherigen Absätzen 1 bis 3 des Gesetzentwurfs; Absatz 4 und 5 haben dabei die Absatzbezeichnung getauscht, um die zeitliche Abfolge des Inkrafttretens richtig abzubilden.

Zu Absatz 2

Mit der gesetzlichen Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V wird eine Versorgungslücke beim Krankengeld durch das Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung geschlossen. Dies erfordert eine Anpassung des zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen bestehenden Meldeverfahrens. Für die Anpassung des Meldeverfahrens in den IT-Systemen benötigen die Beteiligten einen hinreichenden zeitlichen Vorlauf, weshalb die gesetzliche Änderung erst zum 1. August 2017 in Kraft treten soll. Dies wird entsprechend nachvollzogen für die Folgeregelungen in § 24i SGB V sowie in § 20 SGB XI. Für die neue Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Krankenversicherung der Rentner wird den Krankenkassen ebenfalls eine entsprechende Anpassungszeit zur Vorbereitung der Umsetzung eingeräumt.

Zu Absatz 3

Um den Krankenkassen ausreichenden Vorlauf für die mit den Änderungen der §§ 231, 240, 243 SGB V, § 2 RSAV sowie §§ 40, 46 KVLG 1989 verbundene technische Umsetzung zu geben, sollen die Änderungen zum 1. Januar 2018 in Kraft treten. Vorläufige Beitragsfestsetzungen würden somit für alle Betroffenen einheitlich erstmals für das Kalenderjahr 2018 erfolgen.

Berlin, den 15. Februar 2017

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

Martina Stamm-Fibich
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.